શિરદર્દ

લોકોપયોગી વિજ્ઞાનમાળા

શિરદર્દ

એમ. સી. માહેશ્વરી

અનુવાદક
રઈશ મનીઆર

નેશનલ બુક ટ્રસ્ટ, ઈન્ડિયા

ISBN 81-237-3320-8

પહેલી આવૃત્તિ 2000 (શક *1922*)

Headache *(Gujarati)*

રૂ. 35.00

નિયામક, નેશનલ બુક ટ્રસ્ટ, ઇન્ડિયા
એ-5 ગ્રીન પાર્ક, નવી દિલ્હી-110 016 દ્વારા પ્રકાશિત

અનુક્રમ

	પ્રસ્તાવના	VII
	ઋણ-સ્વીકાર	IX
1.	દર્દની પ્રક્રિયા	1
2.	મસ્તકના દર્દસંવેદી ભાગો	12
3.	વર્ગીકરણ	17
4.	તપાસ	19
5.	પરીક્ષણો	25
6.	માઈગ્રેન (આધાશીશી)	28
7.	તણાવનું શિરદર્દ	38
8.	ક્લસ્ટર શિરદર્દ	45
9.	રીફર્ડ પીડા	48
10.	ચેતાજન્ય પીડા અને પ્રકીર્ણ	52
11.	સારવાર	60
12.	તીવ્ર શિરદર્દની તત્કાલીન સારવાર	66
13.	ભવિષ્યની દિશાઓ	68
	પારિભાષિક શબ્દો	70

પ્રસ્તાવના

વિભિન્ન લોકોએ વિભિન્ન રીતે પીડાનું વર્ણન કર્યું છે. ઍરિસ્ટોટલ એને "આત્માનો આર્તનાદ" કહે છે. વીસમી સદીના સૌથી વિખ્યાત શરીરશાસ્ત્રીઓમાંના એક, શેરિન્ગટને એને "એક અનિવાર્ય રક્ષણાત્મક પ્રક્રિયાના મનોજન્ય સાથીદાર" તરીકે વર્ણવી છે. એટલે કે, પીડાની સંવેદના અમુક અંશે પીડા ઉત્પન્ન કરી શકે તેવા સંજોગોથી બચવા અથવા એવા સંજોગોનો સામનો કરવા માટે વ્યક્તિને પ્રેરતી રક્ષણાત્મક પ્રક્રિયા છે. તબીબ પાસે આવતાં દર્દીઓની ફરિયાદોમાંથી સૌથી વ્યાપક ફરિયાદ પીડાની હોય છે. મસ્તક વિસ્તારની પીડા, શિરદર્દ, એ તમામ પીડાકારક સ્થિતિઓમાં સૌથી વ્યાપકપણે પ્રવર્તમાન છે. એવો કોઈ શખ્સ ભાગ્યે જ જોવા મળશે જેણે કદી ન કદી શિરદર્દની પીડા ન અનુભવી હોય, ભલે એના માટે એણે તબીબી સારવાર અથવા સલાહ ન લીધી હોય. શિરદર્દ અનુભવતાં તમામ દર્દીઓમાંથી માત્ર બહુ ઓછા દર્દીઓને પ્રતિક્રિયાત્મક શિરદર્દ (સેકન્ડરી હેડએક) હોય છે. એટલે કે, મગજની ગાંઠ, મગજનો સોજો અને રક્તસ્રાવ જેવી છૂપી શારીરિક બીમારીઓને કારણે થતું શિરદર્દ. સદ્‌નસીબે શિરદર્દ માટે તબીબી સલાહ લેવા આવતાં દર્દીઓમાં મોટાભાગનાને પ્રાથમિક શિરદર્દ હોય છે, એટલે કે, નિર્દિષ્ટ કરી શકાય એવી કોઈ આંતરિક બીમારી હોતી નથી, છતાં શિરદર્દ થાય છે, જેમ કે તણાવનું શિરદર્દ અને માઈગ્રેન. તે છતાં, ઘણી વ્યક્તિઓ ફક્ત એટલા માટે જ તબીબી સલાહ લે છે કારણ કે તેમને ભય હોય છે કે મગજની ગાંઠ અથવા એવી બીજી કોઈ બીમારીના કારણે શિરદર્દ થાય છે. આવા કિસ્સાઓમાં આ શક્યતાનો લોપ કરવા માટે અને દર્દીને સાંત્વન આપવા માટે પરીક્ષણોની જરૂર પડી શકે. એ પણ એક હકીકત છે કે જૂના શિરદર્દના દર્દીઓ સંખ્યાબંધ તબીબો બદલે છે અને ઢગલાબંધ દર્દશામક દવાઓથી રાહત મેળવવાનો પ્રયાસ કરે છે. મરણિયા બનીને તેઓ એક તબીબથી બીજા તબીબ પાસે એવી આશાથી ભટકે છે કે એકાદ કોઈ એવો તબીબ મળી આવશે જે એમની પીડા અને યાતનાને દૂર કરશે. દર્દી સમુદાયના આવા વૈવિધ્યને ધ્યાનમાં રાખીને પ્રસ્તુત પુસ્તકમાં મેં તેમને તેમની પીડાના કારણો સમજાવવાનો અને તબીબી વિજ્ઞાન

એમના માટે શું કરી રહ્યું છે અને શું કરી શકે છે તે સમજાવવાનો પ્રયાસ કર્યો છે. મને આશા છે કે આ બીમારીના જૂના દર્દીઓ અને તેમના કુટુંબોને આ જાણકારીથી મદદ મળશે. શિરદર્દની સમસ્યામાં જેમને વિશેષ રસ હોય એવા તબીબો અને મગજના રોગો વિષયક વિજ્ઞાનના શિક્ષાર્થીઓને આ પુસ્તક ઉપયોગી અને માહિતીપ્રદ લાગશે. આ વિષય તંત્રવાર આવરી લેવા માટે, પૂરેપૂરી સમજણ માટે અને સંકળાયેલા પરિબળોને સમજવા માટે 13 મુખ્ય શીર્ષક નીચે વર્ણવવામાં આવ્યો છે. તબીબી પરિભાષાનો ઉપયોગ શક્ય હોય ત્યાં સુધી ટાળવામાં આવ્યો છે અને પીડાની પ્રક્રિયા સમજાવવા માટે સરળ ભાષા વાપરવાનો પ્રયાસ કરવામાં આવ્યો છે. હું મક્કમતાપૂર્વક માનું છું કે આધારભૂત માહિતી પૂરી પાડવાથી દર્દીઓને ખૂબ લાભ થશે અને અમુક સંજોગોમાં તબીબી વિજ્ઞાનની મર્યાદાઓ સમજી શકવામાં મદદરૂપ થવાશે. કોઈ જાગૃત વાચકના ધ્યાનમાં તરત આવી શકે તેવા કેટલાક પુનરાવર્તનો ઈરાદાપૂર્વકનાં છે. આ પુનરાવર્તનો, જે તે વિષયની ચર્ચાને સ્વતંત્ર બનાવવા માટે કરાયાં છે, જેથી વાચકે આગળ પાછળના પ્રકરણોનાં પાનાં ફેરવવાઁ ન પડે.

વિશ્વભરમાં કદાચ મગજ પર અસર કરતી દવાઓને બાદ કરતાં, દર્દશામક દવાઓનો ઉપયોગ બીજી કોઈપણ દવાઓ કરતાં વધુ થાય છે. દર્દ એક વ્યક્તિગત અનુભવ છે અને રક્તદબાણ કે રક્તશર્કરાની જેમ એને ચોકસાઈથી માપી શકાય નહીં. તેથી તબીબોએ દર્દશામક દવા આપવામાં ભારે સાવચેતી રાખવી જોઈએ. ખાસ કરીને આદત પડી જવાની શક્યતા નિવારવા આમ કરવું જોઈએ. વૈજ્ઞાનિક સંશોધનોમાં સાબિત થયું છે કે રોજરોજ અથવા વારંવાર દર્દશામક દવા લેવાથી કાયમી રોજિંદું શિરદર્દ અસ્તિત્વમાં આવે છે તેમજ નવી દર્દશામક દવાઓની અસર ઘટે છે. આ ભયને નજર સામે રાખીને સારવાર ઉપરનું પ્રકરણ લખાયું છે. શારીરિક ચિકિત્સા અને મનોચિકિત્સાનું મહત્ત્વ ઓછું આંકી શકાય નહીં. ક્ષ-કિરણ અને બીજા પરીક્ષણોના નકારાત્મક પરિણામો હંમેશા એવું સૂચવતાં નથી કે દર્દીમાં કશું અસામાન્ય નથી. તેથી, શિરદર્દની સારવાર માટે બહુઆયામી અભિગમની ભલામણ કરવામાં આવે છે.

ઋણ સ્વીકાર

મારી પુત્રી અનુપમા વિશેષ ધન્યવાદની અધિકારી છે કેમ કે શિરદર્દ ઉપર પુસ્તક લખવા માટે એણે જ મને સૂચન અને સતત પ્રેરણા આપી હતી. આ કાર્ય સમયસર પૂરું કરવા માટે યોગ્ય વાતાવરણ અને પ્રોત્સાહન પૂરું પાડવા બદલ મારા પત્ની ડૉ. શશી માહેશ્વરીનો હું ખૂબ ઋણી છું.

એમની સહાયતા, પ્રોત્સાહન અને સહકાર બદલ નેશનલ બુક ટ્રસ્ટનો હું આભારી છું. ડિપાર્ટમેન્ટ ઑફ એનેટોમીના સિનિયર આર્ટિસ્ટ શ્રી એચ.કે. શર્માનો તેમનાં રેખાચિત્રો માટે અને ડિપાર્ટમેન્ટ ઑફ ન્યૂરો રેડિયોલોજીનો તેમનાં સી.ટી.સ્કેન અને બીજા પરીક્ષણોની તસ્વીરો માટે, હું આભારી છું. શ્રી આર. શર્મા અને કુ. અંજનાકુમારીનો વહીવટી સહયોગ બદલ ઋણસ્વીકાર કરું છું.

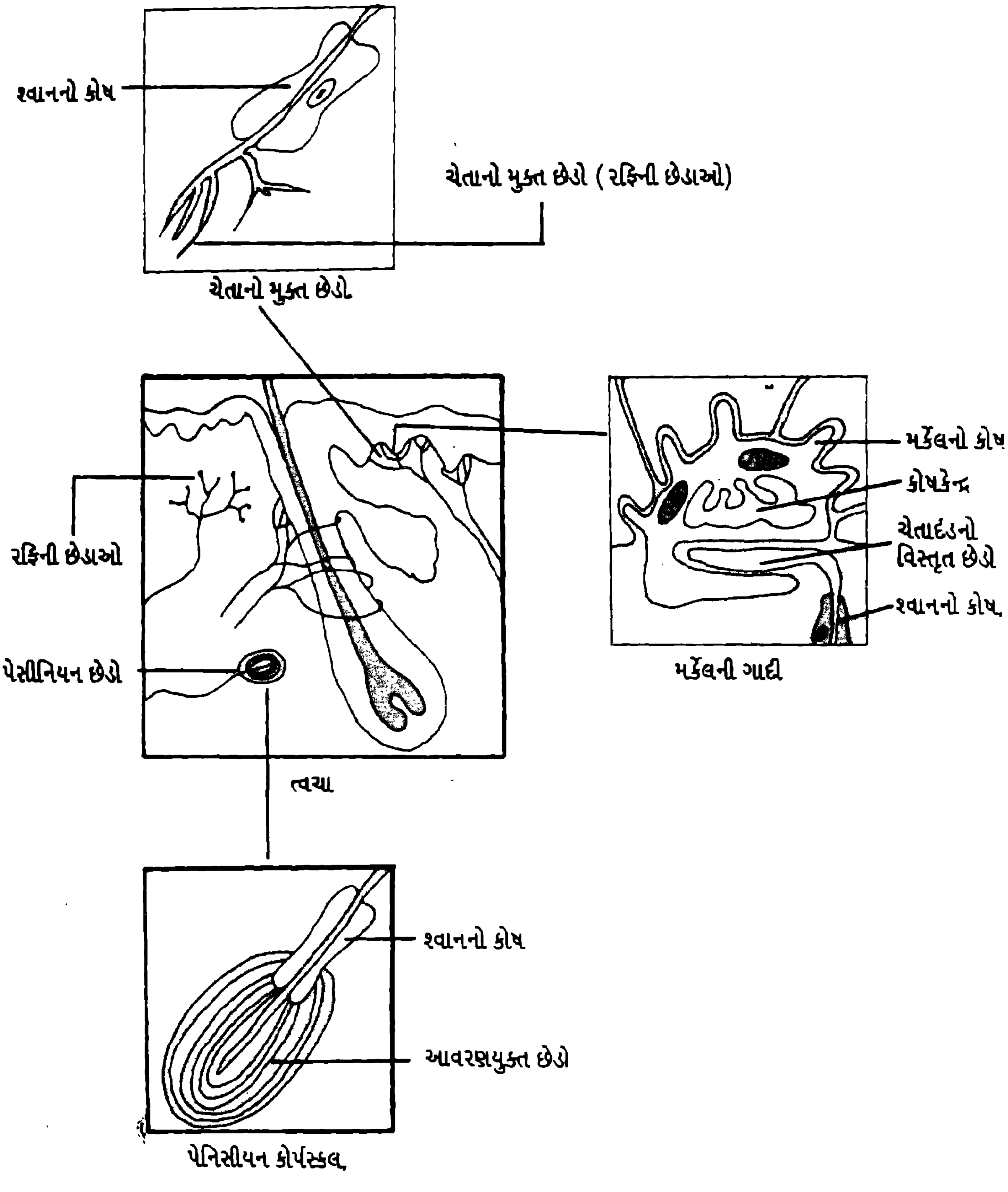
એમ.સી. માહેશ્વરી

1

દર્દની પ્રક્રિયા

શિરદર્દની પ્રક્રિયા સમજવા માટે માનવશરીરની રચના અને ક્રિયાપ્રણાલીની થોડી સામાન્ય જાણકારી મેળવવી જરૂરી છે. આપણી ત્વચા દર્દ, સ્પર્શ અને તાપમાનના સંવેદનો ગ્રહણ કરે છે. માથાના વિસ્તારમાં અનુભવાતા દર્દને આપણે "શિરદર્દ" તરીકે ઓળખીએ છીએ. ત્વચા, સ્નાયુ અને સાંધાઓમાંથી ઉદ્ભવતાં સંવેદનોને સામાન્ય શારીરિક સંવેદનો કહેવામાં આવે છે. સંવેદનાવાહક ગ્રહણકેન્દ્રો જ્યારે પૂરતા પ્રમાણમાં પ્રેરિત (ઉત્તેજિત) થાય ત્યારે જે તરંગ ઉત્પન્ન કરે છે તે અંતઃગામી સંવેદનાવાહક તંતુઓ (જે મધ્યસ્થ ચેતાતંત્રને સંદેશ પહોંચાડે છે) દ્વારા મગજ સુધી પહોંચે છે. ત્વચામાં રહેલાં ગ્રહણકેન્દ્રોને "એક્સટેરોસેપ્ટર્સ" અને સ્નાયુ તેમજ સાંધામાં રહેલાં ગ્રહણકેન્દ્રોને "પ્રોપ્રિયોસેપ્ટર્સ" કહે છે. "એક્સટેરોસેપ્ટર્સ" ગરમી, ઠંડી, દર્દ અને સ્પર્શના સંદેશાનું વહન કરે છે, જ્યારે "પ્રોપિયોસેપ્ટર્સ" શરીરની અવસ્થા, અવકાશ સંદર્ભે શરીરનું અસ્તિત્વ, કંપન, બળ, સાંધાઓનાં હલનચલનનો વિસ્તાર અને સમયાવધિ, તેમજ પ્રબળ દબાણનાં સંવેદનોનું વહન કરે છે. પેટ અને શરીરની અંદરના બીજા અવયવો (જેમકે ફેફસાં,હૃદય, આંતરડાં વગેરે) માંથી ઉદ્ભવતા સંવેદનોને "ઈન્ટેરોસેપ્ટીવ" સંવેદન કહે છે, જે મોટેભાગે આપણા જાગ્રત મન સુધી પહોંચતાં નથી. અંતે, જ દૃષ્ટિ, શ્રવણ, ગંધ અને સ્વાદ જેવા વિશિષ્ટ સંવેદનોનો પણ ઉલ્લેખ કરવો રહ્યો.

ત્વચા પરનાં ગ્રહણકેન્દ્રોની સ્થૂળ અને સૂક્ષ્મ રચનાને આધારે તેમના અનેક પ્રકારો છે (આકૃતિ 1 અ). સ્થૂળ રચનાને આધારે ત્વચા પરનાં ગ્રહણકેન્દ્રો મુક્ત ચેતાતંતુથી માંડીને શાખાપ્રશાખાયુક્ત અને આવરણયુક્ત ચેતાતંતુઓ સુધીની વૈવિધ્યસભર રચના ધરાવે છે. ત્વચા પરના આ સંકુલ એકમો - સંવેદનાનાં ગ્રહણકેન્દ્રોનાં નામ, એમનું પ્રથમવાર વર્ણન કરનાર વૈજ્ઞાનિકોનાં નામને આધારે આપવામાં આવ્યાં છે. આ ગ્રહણકેન્દ્રો ચેતાતંતુઓના તંત્ર દ્વારા મગજ સાથે જોડાયેલાં છે, જે સંવેદનનો સંદેશ અથવા તરંગ મગજ સુધી પહોંચાડે છે જ્યાં તેનું અર્થગ્રહણ અથવા જ્ઞાન થાય છે. આ ચેતાતંતુઓ સળંગતંત્ર રચતા નથી પરંતુ વચ્ચેવચ્ચે એમાં



આકૃતિ 1 (અ) માં ત્વચામાં આવેલાં વિશિષ્ટ ગ્રહણકેન્દ્રો દર્શાવવામાં આવ્યાં છે. આ ગ્રહણકેન્દ્રો ત્વચા પાસે આવેલા ચેતાના મુક્ત છેડાઓ છે, જેમના ચેતાકોષો કરોડરજ્જુના પાછળના ભાગમાં આવેલ ચેતાગાંઠમાં આવેલા હોય છે. આ ગ્રહણકેન્દ્રો પીડા, સ્પર્શ અને તાપમાનના સંવેદનોનું ગ્રહણ કરે છે.

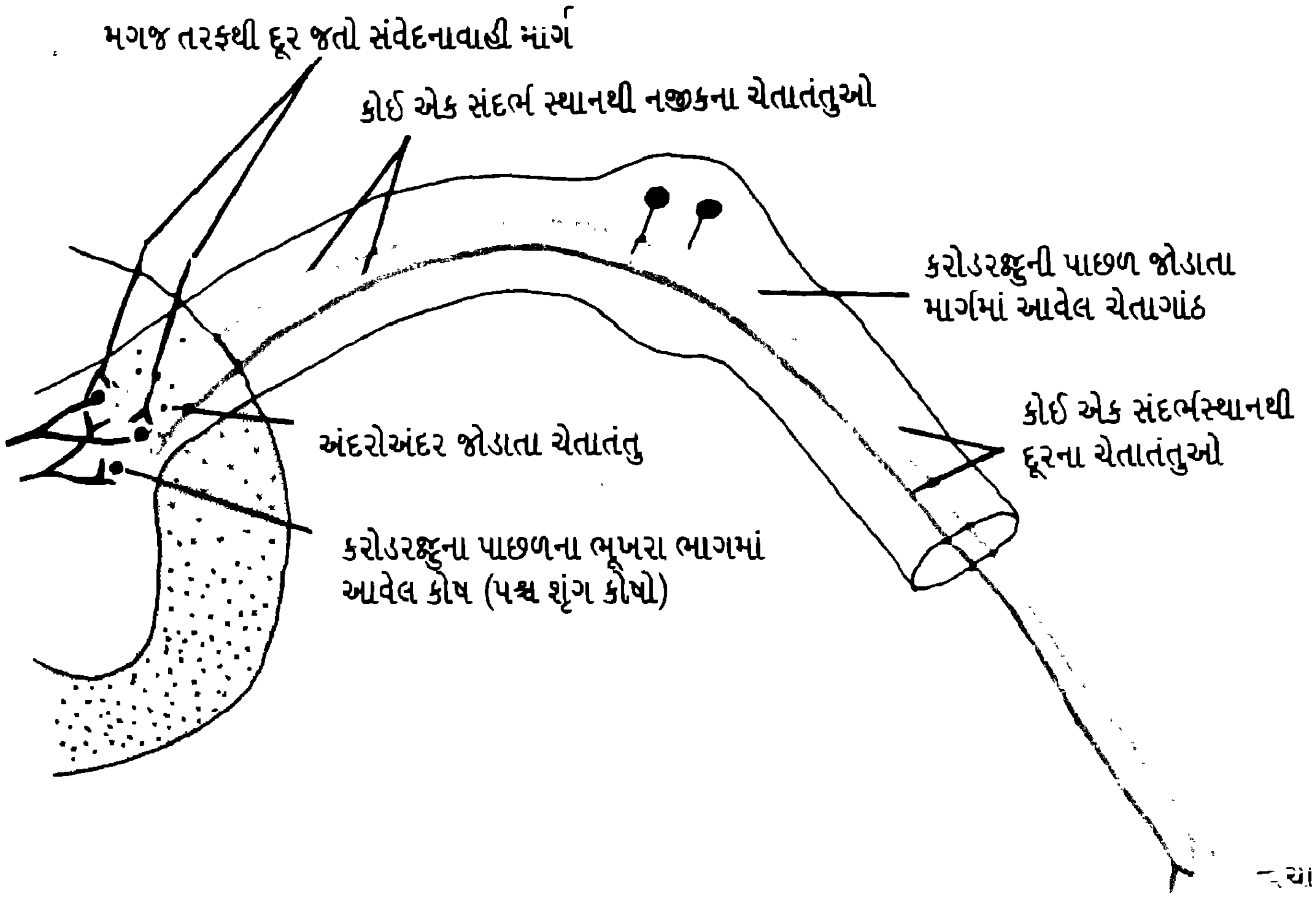
રાસાયણિક ચેતા-જોડાણ

આકૃતિ 1 (બ) રાસાયણિક ચેતાજોડાણ દર્શાવે છે જ્યાં ચેતાતંતુઓની સળંગ સૂત્રતા જળવાતી નથી અને આ સ્થળે એમાં વિક્ષેપ પડે છે.

જોડાણો આવેલા છે. કુદરતે આવાં જોડાણો શા માટે મૂક્યાં હશે એનાં ઘણાં ઉચિત કારણો વિચારી શકાય, પરંતુ શરીરક્રિયાશાસ્ત્રથી સુપેરે પરિચિત ન હોય એવી વ્યક્તિઓને એ બાબતે યોગ્ય રીતે સમજાવવું મુશ્કેલ છે. આ જોડાણો "સાઈનેપ્સ" તરીકે ઓળખાય છે. આ જોડાણો પર એક તરફથી આવેલ સંદેશને "ન્યૂરોટ્રાન્સમીટર" તરીકે ઓળખાતાં રાસાયણિક વાહક દ્વારા બીજા તંતુ તરફ મોકલવામાં આવે છે. એ યાદ રાખવું જરૂરી છે કે આ જોડાણો પર (માત્ર રાસાયણિક જોડાણ હોય છે) સળંગ રચનાકીય જોડાણ નથી. (આકૃતિ 1 બ).

ચેતાતંતુઓ વીજળીના તારોની જેમ અલગઅલગ કદ, જાડાઈ અને આવરણ ધરાવે છે. આપણે જાણીએ છીએ કે શા માટે વાતાનુકૂલન યંત્ર અને એવાં ભારે દબાણવાળાં સાધનો માટે વધુ આવરણ અને સારી વાહકતાવાળા તાર વાપરવામાં આવે છે, અને શા માટે વીજળીના ગોળા, પંખા જેવી ઓછા દબાણવાળી વસ્તુઓ માટે એ જરૂરી નથી. અહીં આપણે દર્દના સંવેદનની વાત કરીએ છીએ જેનું એ-ડેલ્ટા ફાઈબર્સ અને સી-ફાઈબર્સ તરીકે ઓળખાતા તંતુઓ દ્વારા વહન થાય છે. 1 થી 5 માઈક્રોમીટર વ્યાસ ધરાવતા એ-ડેલ્ટા ફાઈબર્સ (તંતુઓ) "માઈલીન શીથ" તરીકે ઓળખાતા ખૂબ જ પાતળાં આવરણથી ઢંકાયેલા હોય છે, જે સેકન્ડના 10 થી 20 મીટરની ઝડપથી, સંવેદનાનું વહન કરે છે. જ્યારે (0.4 થી 1.1 માઈક્રોમીટર વ્યાસ ધરાવતા) સી-ફાઈબર્સ ઉપર માઈલીન શીથનું આવરણ હોતું નથી અને તેઓ સેકન્ડના 1 થી 2 મીટરની ઝડપથી સંવેદનોનું વહન કરે છે. આ બે પ્રકારના તંતુઓ અને કરોડરજ્જુમાં તેમના સમાપનબિંદુઓની વિશેષતાઓ સારી એવી જટિલ છે અને સદભાગ્યે, આપણા વિષયની સામાન્ય જાણકારી માટે એની વિગતમાં ઉતરવું જરૂરી નથી.

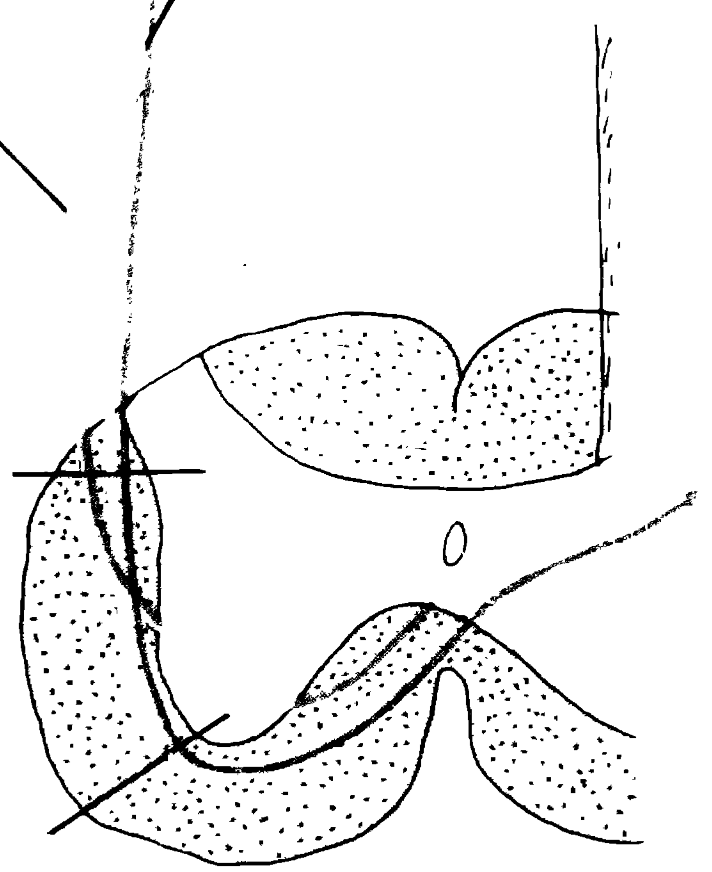
અગાઉ નિર્દેશિત કર્યા મુજબ શરીરનાં દૂરદૂરનાં દર્દગ્રહણ કેન્દ્રોથી મગજ સુધી કોઈ સળંગ ચેતાકીય જોડાણ નથી. મગજ તરફ જતા સંવેદનવાહી માર્ગોમાં ત્રણ રીલેકેન્દ્રો અને ચેતાકોષના ત્રણ જૂથ આવેલા હોય છે. પ્રથમ ક્રમનું ચેતાતંત્ર કરોડરજ્જુના પશ્ચાદ્‌વર્તી ચેતાગાંઠ (ડોરસલ રૂટ ગેંગલીઓન ચેતાકોષોનો સમૂહ) માં સ્થિત હોય છે. (આકૃતિ 2 અ). ચેતાકોષનો દૂરનો છેડો (એક્ઝોન) શાખાપ્રશાખાયુક્ત થઈને ત્વચાનાં ગ્રહણકેન્દ્રોમાં અંત પામે છે. નજીકનો છેડો ટૂંકો હોય છે અને કરોડરજ્જુના પાછળના ભૂખરા ભાગમાં અંત પામી, ભૂખરા ભાગમાં રહેલા કોષ સાથે રાસાયણિક જોડાણ (સાઈનેપ્સ) કરે છે. (આકૃતિ 2 બ). દ્વિતીયક્રમના ચેતાતંત્રમાં કરોડરજ્જુના ભૂખરા ભાગમાંથી શરૂ થતા કોષનો છેડો મધ્યરેખા પાર કરીને (એટલે કે જમણી બાજુના કોષ ડાબી બાજુ, અને ડાબી બાજુના કોષ જમણી બાજુ) સ્પાઈનોથેલેમિક ટ્રેક્ટ નામે ઓળખાતા માર્ગ વાટે ગતિ કરી કરોડરજ્જુ અને મગજના મૂળ ભાગને પાર કરી "થેલેમસ" નામના મગજના ભાગમાં પહોંચે છે જ્યાં આ કોષનું



આકૃતિ 2 (અ) પ્રથમક્રમના ચેતાતંત્રનું નિદર્શન કરાવે છે જે કરોડરજ્જુની પાછળ જોડાતા માર્ગમાં આવેલ ચેતાગાંઠમાં અસ્તિત્વ ધરાવે છે. એની સાથે મગજ તરફ જતા સંવેદનાવાહી માર્ગ આવેલા છે જેમાં ત્રણ અટકસ્થાનો અને ચેતાઓનાં ત્રણ જૂથ હોય છે.

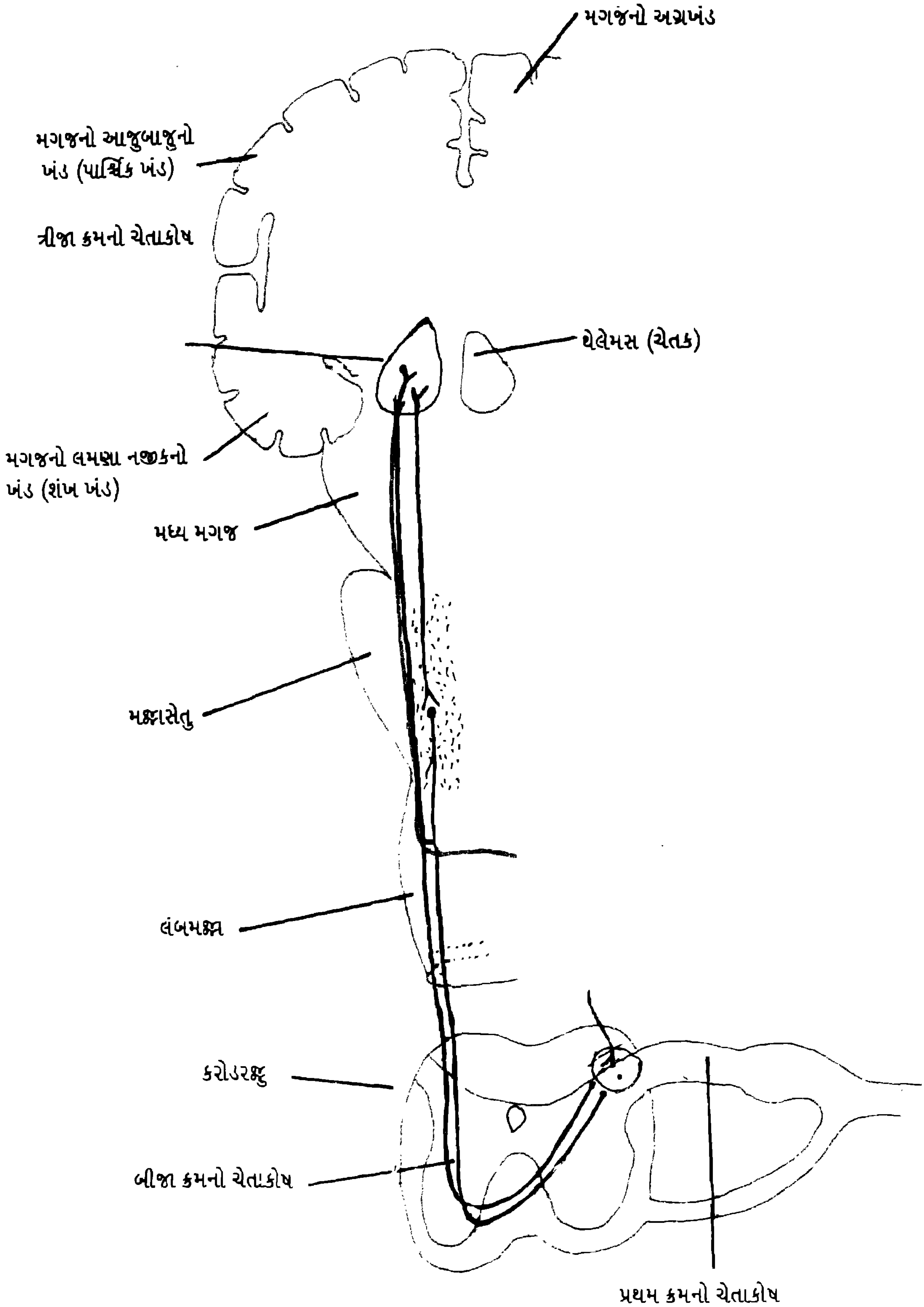
થેલેમસના કોષ સાથે રાસાયણિક જોડાણ (સાઈનેપ્સ) થાય છે. થેલેમસના કોષ ત્રીજા ક્રમના ચેતાતંત્રનો ભાગ બને છે, જેના થેલેમોકૉર્ટિકલ ફાઈબર્સ નામે ઓળખાતા છેડા (એક્ઝોન) મગજના "પેરાઈટલ લોબ" નામે ઓળખાતા ભાગમાં રાસાયણિક જોડાણ (સાઈનેપ્સ) કરે છે. આ પેરાઈટલ લોબમાં મગજના દર્દસંવેદી કોષ રહેલા છે. આમ મગજ તરફ ગતિ કરતા સંવેદનાવાહક તંત્રમાં ત્રણ સ્તરે રાસાયણિક જોડાણ જોવા મળે છેઃ કરોડરજ્જુના ભૂખરા ભાગમાં, થેલેમસમાં અને મગજના પેરાઈટલ કોર્ટેક્સ.

માથા અને ચહેરાના ભાગના દર્દસંવેદનો ટ્રાઈજેમિનલ નર્વ નામે ઓળખાતી ચેતા દ્વારા મગજના પેરાઈટલ લોબ સુધી પહોંચે છે. (આકૃતિ 3 અ). અહીં પ્રથમ ક્રમના ચેતાતંત્ર તરીકે પશ્ચાદ્‌વર્તી ચેતાગાંઠની જગ્યાએ ટ્રાઈજેમિનલ રૂટ ચેતાગાંઠ છે. ટ્રાઈજેમિનલ ચેતા ત્રણ સંવેદનાવાહી ચેતાઓ-ઑપ્થેલ્મીક (આંખ), મેક્ઝીલરી (ઉપરનાં જડબાં), અને મેન્ડીબ્યુલર (નીચેનાં જડબાં) વિસ્તારમાંથી આવતી ચેતાતંતુઓની બનેલી છે. ટ્રાઈજેમિનલ ચેતામાંથી, ચેતાતંતુઓ મગજના મૂળ ભાગમાં આવેલા "પોન્સ" નામના ભાગમાં પ્રવેશે છે. (આકૃતિ 3 અ) અહીંથી કેટલાક સંવેદનાવાહક ચેતાતંતુઓ ઉપર તરફ ગતિ કરીને ટ્રાઈજેમિનલ ન્યુક્લીયસ (કેન્દ્ર) સુધી પહોંચે છે. નવમી (ગ્લોસોફેરેન્જીયલ) મસ્તકીય ચેતા

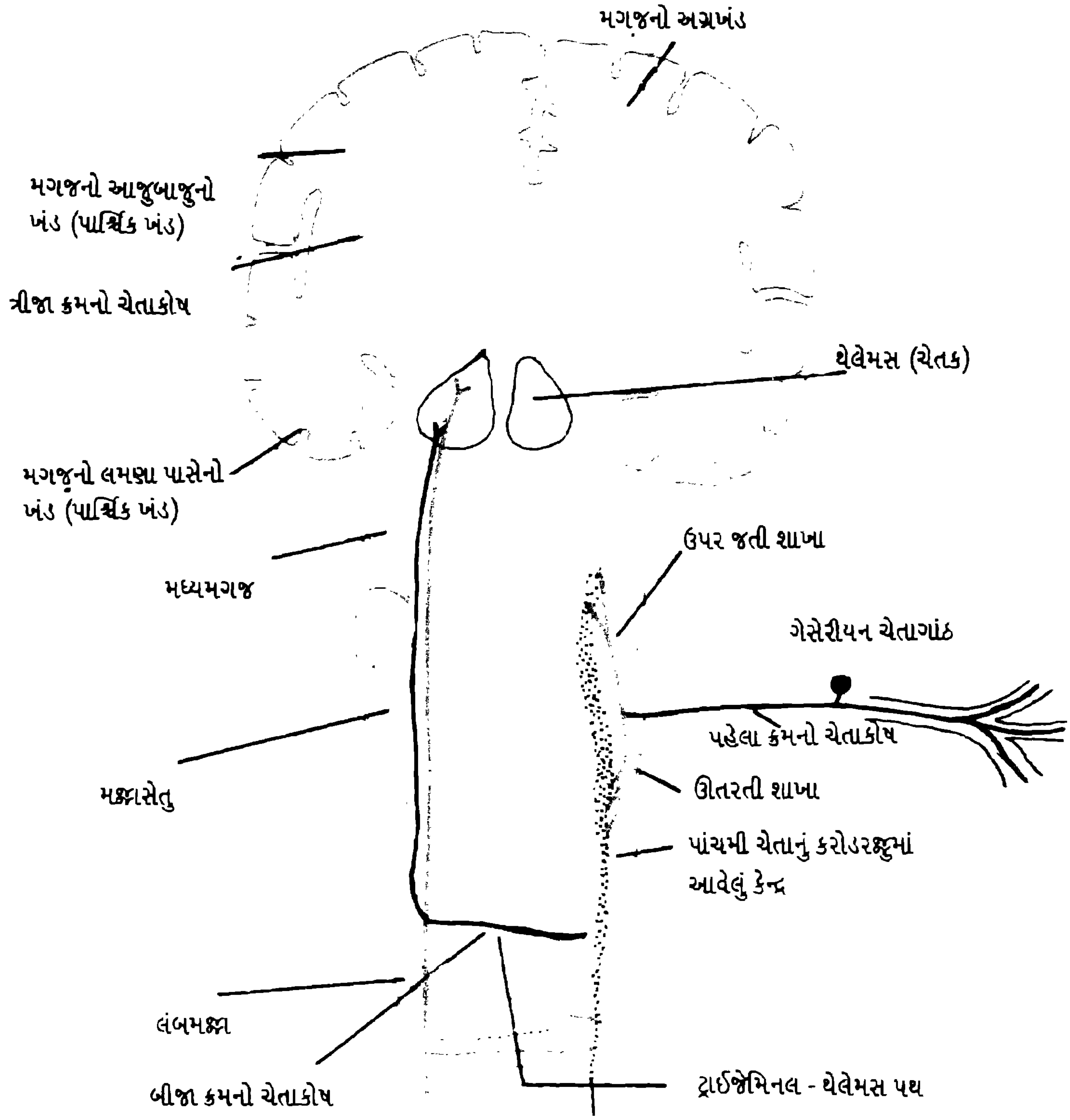


આકૃતિ 2 (બ) કરોડરજ્જુના સ્તર પર બીજા ક્રમનાં ચેતાતંત્રની રચના અને માળખું દર્શાવે છે. એ-ડેલ્ટા તંતુઓ અને સી-ફાઈબર્સ દ્વારા વિશિષ્ટ સંવેદનો કરોડરજ્જુના પાછળના ભૂખરા ભાગ સુધી પહોંચાડવામાં આવે છે. પ્રથમ કરોડરજ્જુના પાછળના ભૂખરા ભાગ પાસે સંવેદનોમાં જરૂરી સુધારાવધારા કરવામાં આવે છે. ત્યારબાદ કરોડરજ્જુ-થેલેમસ માર્ગ અને કરોડરજ્જુથી જાળીયુક્ત ભાગમાં થઈને થેલેમસ સુધી જતા માર્ગ દ્વારા થેલેમસ સુધી આ સંવેદનો પહોંચે છે. કરોડરજ્જુના ભૂખરા ભાગના કોષો કરોડરજ્જુમાં ઉપર જ્યાં પૂરા થાય છે ત્યાંથી જ બરાબર અડીને ટ્રાઈજેમિનલ ચેતાના કરોડરજ્જુમાં આવેલ કેન્દ્રના કોષો શરૂ થાય છે. કરોડરજ્જુના ભૂખરા ભાગ ઉપર ઉતરતા સંવેદનાવાહી માર્ગની અવરોધાત્મક અસરો ઉપર આકૃતિમાં દર્શાવાઈ છે.

અને દસમી (વેગસ) મસ્તકીય ચેતા, જેઓ જીભ, ગળું અને અમુક આંતરિક અવયવોનાં સંવેદનોનું વહન કરે છે તેઓ પણ કરોડરજ્જુના ટ્રાઈજેમિનલ ન્યુક્લીયસમાં સમાપન પામે છે. દ્વિતીય ક્રમનું ચેતાતંત્ર ટ્રાઈજેમિનલ ન્યુક્લીયસમાં અસ્તિત્વ ધરાવે છે, જે કરોડરજ્જુના સૌથી ઉપરના ત્રણ વિભાગો લંબમજ્જા, પોન્સ, અને મધ્યમગજમાં ફેલાયેલું છે. આ ન્યુક્લીયસ કોષોનું સળંગ એક જ જૂથ હોવા છતાં ત્રણ જુદા જુદા સ્તરે ત્રણ અલગ અલગ નામે ઓળખાય છે; કરોડરજ્જુનું ન્યુક્લીયસ, પ્રાથમિક સંવેદનવાહી ન્યુક્લીયસ અને મધ્યમગજનું ન્યુક્લીયસ. આ કોષોમાંથી ચેતાતંતુ મધ્યરેખા પસાર કરીને ટ્રાઈજેમિનલ લેમ્નીસ્કસ (અથવા ટ્રાઈજેમીનો થેલેમીક ટ્રેક્ટ) તરીકે ગતિ કરી થેલેમસમાં સમાપન પામે છે. ત્રીજા ક્રમના ચેતાતંત્રમાં થેલેમસથી નીકળી મગજના પેરાઈટલ લોબ સુધી પહોંચતા ચેતાતંતુઓનો સમાવેશ થાય છે. (આકૃતિ 3 અ).



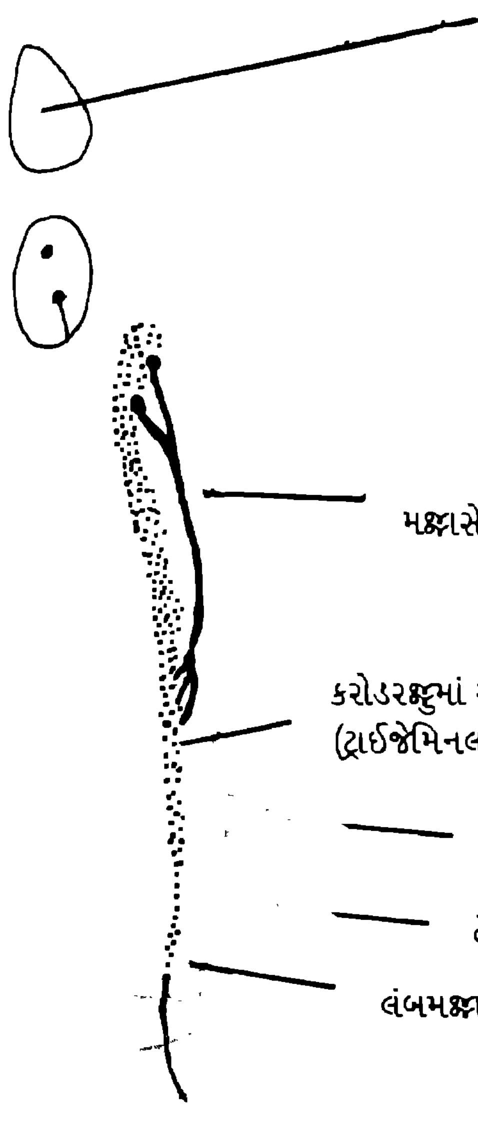
આકૃતિ 2 (ક) ત્રીજા ક્રમનાં ચેતાતંત્રનું માળખું દર્શાવે છે. મગજના બાજુના ભાગ સુધી ચેતાદંડ પહોંચી ત્યાં રાસાયણિક જોડાણમાં પરિણમે છે.



આકૃતિ 3 (અ) દર્શાવે છે કે ટ્રાઈજેમિનલ ચેતા દ્વારા ચહેરા પર અનુભવાતાં સંવેદનો મગજમાં ટ્રાઈજેમિનલ ચેતાના કેન્દ્ર સુધી શી રીતે પહોંચે છે. બીજા ક્રમનું ચેતાતંત્ર અહીં શરુ થઈ મધ્ય રેખા ઓળંગી થેલેમસ સુધી ટ્રાઈજેમિનલ-થેલેમસ પથ તરીકે પહોંચે છે.

આ સ્પાઈનો-થેલેમિક અને ટ્રાઈજેમિનો-થેલેમિક ટ્રેક્ટ ઉપરાંત મગજ તરફ સંવેદના વહન કરતો ત્રીજો પણ એક માર્ગ છે જે સ્પાઈનો-રેટિક્યુલો-થેલેમિક સિસ્ટમ તરીકે ઓળખાય છે. (આકૃતિ 2 ક). કરોડરજ્જુના પશ્ચાદવર્તી ભૂખરા ભાગમાં શરૂ થતો આ માર્ગ લંબમજ્જાના જાળીયુક્ત વિભાગ (રેટીક્યુલર સબસ્ટન્સ)માં અંદરોઅંદર જોડાણ કરતાં ચેતાતંતુઓ દ્વારા આગળ વધી મધ્યમગજ અને થેલેમસ

સુધી પહોંચે છે. આ એક ધીમી ગતિએ વહન કરતો માર્ગ છે અને થેલમસથી મગજના ફ્રન્ટલ (આગળના) અને લીમ્બીક ભાગ સુધી વિછિન્ન રીતે પહોંચે છે. શરીરના ઊંડેના ભાગોમાં ઉત્પન્ન થતાં દર્દનું આ માર્ગ દ્વારા વહન થાય છે અને (મગજમાં) તેનું અસ્પષ્ટ રીતે સ્થિતિસ્થાન નક્કી થાય છે. આ તંત્ર દર્દના ભાવાત્મક તેમજ પ્રતિભાવાત્મક પાસાંને પ્રગટ કરે છે, એટલે કે દર્દના અનુભવની સાથેસાથે અનુભવાતી લાગણીઓ અને શરીરનો એ પરત્વેનો (શારીરિક) પ્રતિભાવ આ માર્ગ દ્વારા પ્રગટ થાય છે.



આકૃતિ ૩ (બ) મગજની ગ્લોસોફેરેન્જીયલ (નવમી) અને વેગસ (દસમી) કરોટીય ચેતાઓ કરોડરજ્જુમાં આવેલ ટ્રાઈજેમિનલ ચેતાનાં કેન્દ્રમાં અંત પામતી બતાવે છે.

કેટલાક સંવેદનાવાહી ચેતાતંતુઓ મગજના મૂળ ભાગમાંથી નીચેની તરફ પણ જાય છે જેઓ દર્દ ઉપર અવરોધક અસર ધરાવે છે (આકૃતિ 2 અ). આમાં સૌથી મહત્ત્વનો છે મધ્યમગજમાં રહેલો એકવીડક્ટની આસપાસનો ભૂખરો ભાગ. આ વિસ્તારમાંના ન્યુક્લીયસમાંના તંતુઓ, લંબમજ્જામાંના રાફે મેગ્નસ નામના ન્યુક્લીયસમાંથી પસાર થઈ કરોડરજ્જુના પશ્ચાદ્‌વર્તી ભૂખરા ભાગમાં પહોંચે છે. નીચે ગતિ કરતા માર્ગમાં આવેલા અન્ય ભાગોમાં બીજા રેટીક્યુલર ન્યુક્લીયસ અને લોકસ સેરુલીયસનો સમાવેશ થાય છે. નીચે ઊતરતો અવરોધક માર્ગ રાસાયણિક વાહક તરીકે સેરોટોનિન અને નૉરએડ્રીનાલિનનો ઉપયોગ કરે છે જ્યારે ઉપર જતો સંવેદનાવાહી માર્ગ એસીટાઈલકોલીનનો ઉપયોગ કરે છે.

દર્દનું નિયમન

ચેતાતંતુઓ દ્વારા સંવેદનનું વહન થતું અટકાવવા માટે સાઈનેપ્સની વ્યવસ્થા હોવાનો એક ફાયદો એ છે કે તેનાથી સંદેશને બદલવા કે સુધારવાનો અને એના અંતિમ પ્રતિભાવને બદલવાનો અવકાશ રહે છે. ચેતાતંત્રનાં ગમે તે સ્તરે આ ફેરફાર (નિયમન) થઈ શકે. દર્દના સંદર્ભમાં, સૌથી વધુ નિયમન, કરોડરજ્જુના પાછળના ભૂખરા ભાગમાં, જ્યાંથી દ્વિતીય ક્રમનું ચેતાતંત્ર શરૂ થાય છે, ત્યાંથી થઈ શકે. સંવેદનાવાહી એ-ડેલ્ટા તંતુઓ ઉત્તેજિત થાય ત્યારે "સબસ્ટન્સ પી" ("પી" પદાર્થ) નામનો રાસાયણિક વાહક ઉત્પન્ન થાય છે જે કરોડરજ્જુના પાછળના ભૂખરા ભાગોને ઉત્તેજિત કરવામાં સૌથી મહત્ત્વનો ભાગ ભજવે છે. ત્વચા પરના ફાઈબર્સના છેડાઓમાંથી પણ "સબસ્ટન્સ પી" ઉત્પન્ન થાય છે. ત્વચા પાસે "પી" પદાર્થ ઉત્પન્ન થાય ત્યારે ત્વચા પરની રક્તવાહિની ફૂલવાથી લાલાશ, અને "હિસ્ટામીન" નામનું રસાયણ ઉત્પન્ન થવાથી સોજો ઉત્પન્ન થાય છે. આ પ્રતિક્રિયાને "ચેતાજન્ય સંક્રમણ" કહેવામાં આવે છે.

કરોડરજ્જુના પાછળના ભૂખરા ભાગમાં છૂટાછવાયા, નાના, ઈન્ટરન્યૂરોન્સ નામે ઓળખાતા કોષ હોય છે જેઓ બીજા ક્રમના ચેતાતંત્ર પર અવરોધક અસર ધરાવે છે. ઉત્તેજિત થયેલા "એ ડેલ્ટા" ફાઈબર્સ ઈન્ટરન્યૂરોન્સને ઉત્તેજિત કરે છે જેથી ઈન્ટરન્યૂરોન્સ બીજા ક્રમના ચેતાતંત્ર પર એમની અવરોધક અસરનો પ્રભાવ પાડી થેલેમસ અને મગજ સુધી પહોંચતા દર્દનાં સંવેદનોને મંદ અથવા ઓછાં કરે છે; જ્યારે ઉત્તેજિત થયેલા "સી" ફાઈબર્સ ઈન્ટરન્યૂરોન્સને અવરોધે છે, જેથી બીજા ક્રમનું ચેતાતંત્ર નિરવરોધ કાર્ય કરી શકે છે.

ઓપિયમ(અફીણ)નો દર્દશામક ગુણ વર્ષોથી જાણીતો છે અને એક સમયે દવા

તરીકે એનો ઉપયોગ પણ થતો હતો. એ દર્દશમન કેવી રીતે કરે છે એ અત્યાર સુધી સ્પષ્ટ ન હતું, પરંતુ હાલમાં ચેતાતંત્રમાં ઓપિયમ માટેનાં ખાસ ગ્રહણકેન્દ્રો શોધી કઢાયા છે. આ કુદરતી "પેપ્ટાઈડ" એન્ડોર્ફીન્સ તરીકે ઓળખાય છે જે ઓપિયમ જેવા ગુણધર્મો ધરાવે છે.

એન્ડોર્ફીન ગ્રહણકેન્દ્રો મગજમાં અનેક સ્થળે અસ્તિત્વ ધરાવે છે અને કોઈપણ દવા કે પદાર્થની દર્દશામક શક્તિ આ ગ્રહણકેન્દ્રો પ્રત્યેના જે તે દવાના લગાવ (આકર્ષણ)ના સમપ્રમાણમાં હોય છે.

એન્ડોર્ફીન્સમાંનો એક એન્કેફેલીન નામનો પદાર્થ, કરોડરજ્જુના ભૂખરા ભાગમાં જોવા મળે છે. કરોડરજ્જુમાં જ ઈન્ટરન્યૂરોન "એ ડેલ્ટા" કે "સી" ફાઈબર સાથે એન્કેફેલીન ધરાવતા રાસાયણિક જોડાણ (સાઈનેપ્સ) થી જોડાયેલા હોવાથી પદાર્થ "પી" નો સ્રાવ ઘટાડે છે. પદાર્થ "પી" નો સ્રાવ ઘટવાથી કરોડરજ્જુનો ભૂખરો ભાગ દર્દના ઓછા સંદેશ મેળવે છે અને દર્દના ઓછા સંદેશ મગજ સુધી પહોચાડે છે.

નિમ્નગતિ કરતો સંવેદનાવાહી માર્ગ પણ કરોડરજ્જુના પાછળના ભૂખરાભાગના કોષો પર અવરોધક પ્રભાવ પાડી દર્દવહનનું નિયમન કરે છે. આ માર્ગ પર માત્ર નોર-એડ્રેનાલિન અને સીરોટોનિન ધરાવતાં રાસાયણિક જોડાણ છે, એટલું જ નહીં, પરંતુ એમાં એન્ડોર્ફીન ગ્રહણ કેન્દ્રો પણ આવેલા છે. મગજના સંવેદનાગ્રાહી ભાગ અથવા તો નિમ્નગતિ કરતા સંવેદનાગ્રાહી માર્ગને ઉત્તેજિત કરવાથી, આ રીતે દર્દ ઘટે છે. અગાઉ જેનો ઉલ્લેખ થઈ ચૂક્યો છે તે ચેતાજન્ય સંક્રમણ મગજ દ્વારા પણ કાર્યાન્વિત થઈ શકે. એમ થવાથી રક્ત અને મગજ વચ્ચેની સીમાઓ તૂટી જવાથી મુક્ત આપલે થવા માંડે છે. આવા ચેતાજન્ય સંક્રમણને, ચેતાતંતુઓમાંનું વહન રોકી, અટકાવી શકાય છે.

સારવારલક્ષી ઉપયુક્તતા

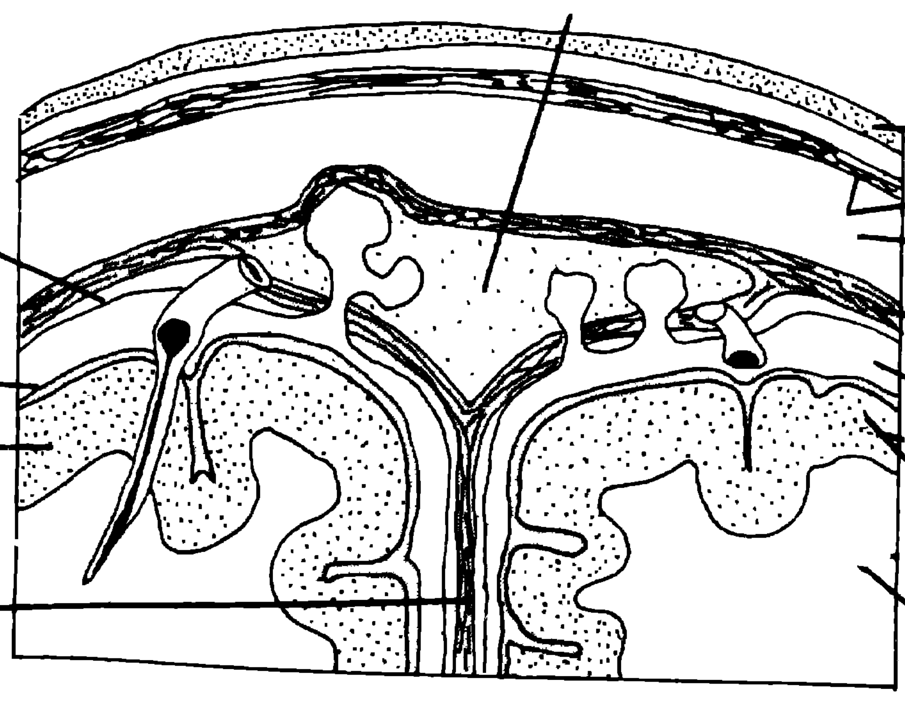
આ વાતની બે શક્ય સમજૂતીઓ રજૂ કરી શકાય. એક પ્રમાણે ત્વચા પરના દરેક સંવેદન માટે અલગ ગ્રહણ કેન્દ્ર અને અલગ માર્ગ હોય એવું વિચારી શકાય. બીજી સમજૂતી સંવેદનની તીવ્રતાને મહત્ત્વ આપે છે. એ પ્રમાણે ગ્રહણકેન્દ્રો અને માર્ગો અલગ નથી. પરંતુ સંવેદનની અંતિમ અનુભૂતિ સંવેદનોના યોગ (સરવાળા)થી નક્કી થાય છે. જો કે, સત્ય આ બેની વચ્ચે હોય એમ લાગે છે. તીવ્ર દર્દની અનુભૂતિ "એ ડેલ્ટા" ફાઈબર્સ દ્વારા અને મંદ-અસ્પષ્ટ દર્દની અનુભૂતિ "સી" ફાઈબર્સ દ્વારા વહન થાય છે. ત્વચામાં વિશેષ અનુભૂતિ માટેના ચોક્કસ ગ્રહણકેન્દ્રો હોય છે અને તેના સંદેશાઓનું બીજા ક્રમનાં ચેતાતંત્રમાં નિયમન થયા પછી, તેઓ મગજ સુધી પહોંચે છે. આ નિયમન બે રીતે સમજાવી શકાય. પહેલું, ઈન્ટરન્યૂરોનની અવરોધક અસરથી

અને બીજું નિમ્નગતિ કરતાં સંવેદનાવાહી માર્ગના પ્રભાવથી. જો કે, થેલેસમના સ્તરે અનુભવાતી દર્દની અનુભૂતિ અસ્પષ્ટ હોય છે. સ્પષ્ટતા પામવા તરંગોએ મગજ સુધી પહોંચવું પડે છે. પ્રતિભાવાત્મક અને ભાવાત્મક પ્રતિક્રિયાઓ માટે તરંગો સ્પાઈનો-રેટીક્યુલો-થેલેમિક માર્ગ દ્વારા મગજના ફ્રન્ટલ અને લિમ્બિક ભાગ સુધી પહોંચે છે. માઈગ્રેઈન (આધાશીશી)માં જોવા મળતા રક્તવહનની અનિયમિતાના લક્ષણો, "ચેતાજન્ય સંક્રમણ" ના સંદર્ભથી સમજાવી શકાય. રિફર્ડ પેઈનની ઘટના; એકસરખું ચેતાકરણ, કરોડરજ્જુના પશ્ચાદવર્તી ભાગ અને ટ્રાઈજેમિનલ ન્યુક્લીયસની સહોપસ્થિતિ અને ડયુરા મેટર (મગજનું એક આવરણ) ઉપર આ તંતુઓની ભેળસેળ જેવી પ્રક્રિયાઓને આધારે સમજાવી શકાય.

2

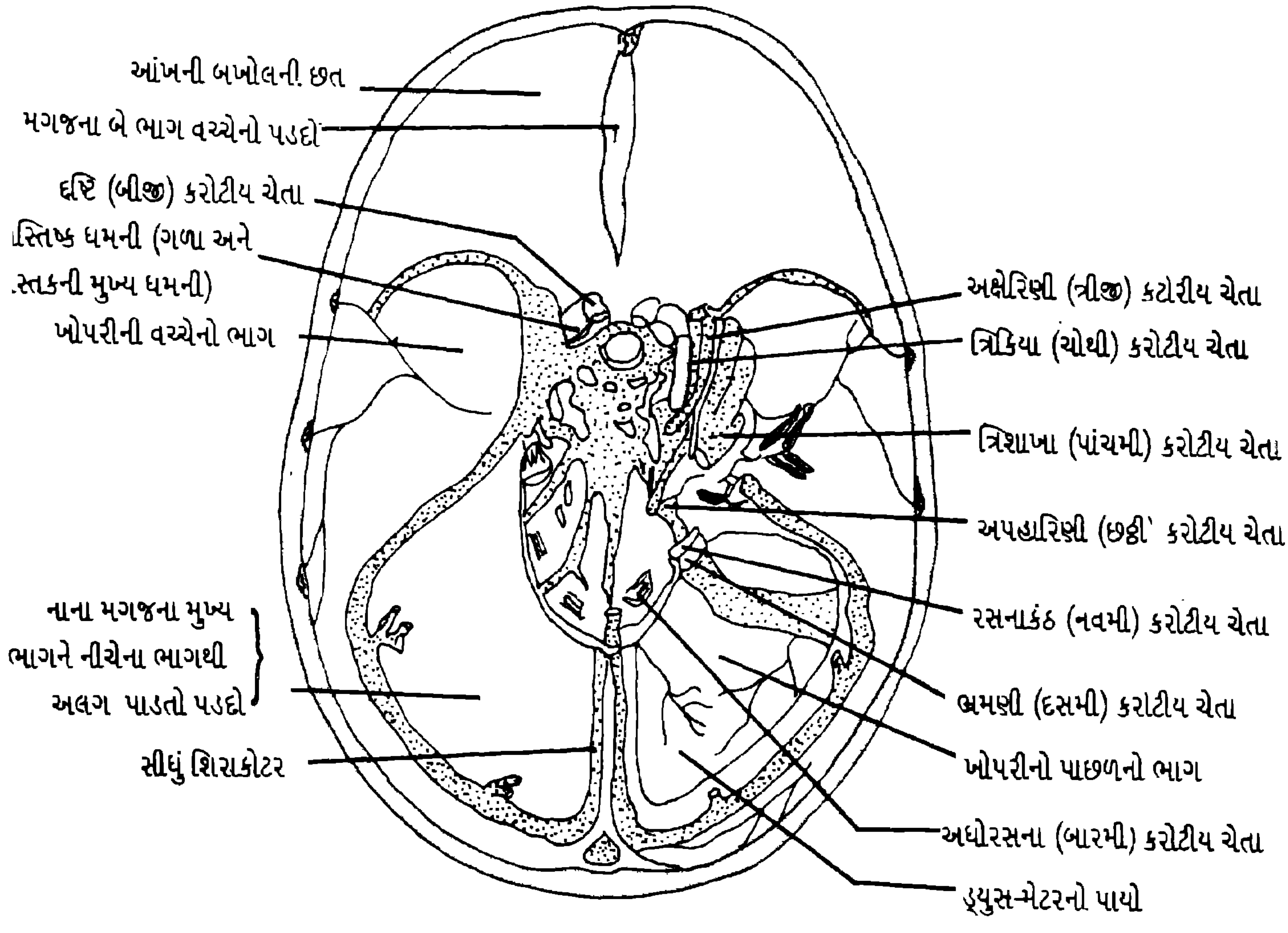
મસ્તકના દર્દસંવેદી ભાગ

મગજની શલ્યક્રિયાના નિષ્ણાત(ન્યૂરોસર્જન)ને ખોપરી કાપીને શસ્ત્રક્રિયા કરતાં નિહાળવો એ એક અદ્ભૂત અનુભવ છે. મગજ સુધી પહોંચતા પહેલાં એણે અસ્થિ કાપવું પડે છે. આ ક્રિયા કોઈ લાકડાના પાટિયાને કાપવા કરતાં બહુ જુદી નથી. આ ક્રિયા દરમિયાન દર્દીને કોઈ પીડા થતી નથી. વુલ્ફ અને એના સહકાર્યકરોએ, એમણે કરેલી મગજની શસ્ત્રક્રિયાઓના અનુભવ પરથી મગજના દર્દસંવેદી ભાગો ઓળખી કાઢવાનું ઉત્કૃષ્ટ કામ કરેલું છે. ખોપરીનાં અસ્થિની બહારની તરફનાં આવરણને પેરીઓસ્ટીઅમ કહે છે (આકૃતિ-4). શલ્ય ચિકિત્સક અસ્થિ કાપતાં પહેલાં આ આવરણને ઉખેડે છે. આ આવરણને ખેંચતી વખતે પીડા થાય છે પરંતુ ખોપરીનું અસ્થિ કાપવાથી પીડા થતી નથી. ખોપરી પર આવેલી ચામડી અને ચામડીની નીચેની



આકૃતિ 4. માથાના કેટલાક દર્દસંવેદી ભાગો દર્શાવે છે. મગજનો અંદરનો ભાગ દર્દ સંવેદન અનુભવી શકતો નથી.

પેશીઓ શરીરના બીજા ભાગોની જેમ પીડાનો અનુભવ કરી શકે છે અને ચેપ, સોજા, અનિયંત્રિત વૃદ્ધિ, ગાંઠ અને કેન્સરનો ભોગ બની શકે છે. ખોપરી ઉપરના અને ગળાના સ્નાયુઓ અને ખોપરીની બહારની ધમનીઓ પણ દર્દસંવેદી છે. ખોપરીની અંદર આવેલાં શિરાકોટરો અને તેમાં ઠલવાતી મોટી શિરાઓ, મગજના તળિયાના ભાગને આવરી લેતાં ડ્યુરામેટર (મગજનાં ત્રણ આવરણોમાંથી સૌથી બહારનું સબળ આવરણ) અને એમાં રહેલો ધમનીઓનો શરૂઆતનો ભાગ. આ સૌને જ્યારે ઉત્તેજવામાં આવે ત્યારે દર્દનો અનુભવ કરે છે. કાર્યપ્રવૃત્ત કરવામાં આવે ત્યારે (ઉત્તેજિત કરવામાં આવે ત્યારે) મગજની ઑપ્ટીક (બીજી), ઑક્યુલોમોટર (ત્રીજી), ટ્રાઈજેમિનલ (પાંચમી), ગ્લોરોફેરેન્જીયલ (નવમી) અને વેગસ (દસમી) ચેતાઓ તેમજ ગળાની પહેલી ત્રણ ચેતાઓ દર્દનો અનુભવ કરી શકે છે (આકૃતિ-5). ખોપરીનાં અસ્થિઓ, સપાટી પરનું ડ્યુરા મેટર (સૌથી બહારનું આવરણ), પાયા-અરેકનોઈડ મેટર (અંદરનાં બંને આવરણો), સ્વયં મગજનો ભાગ અને મગજમાં



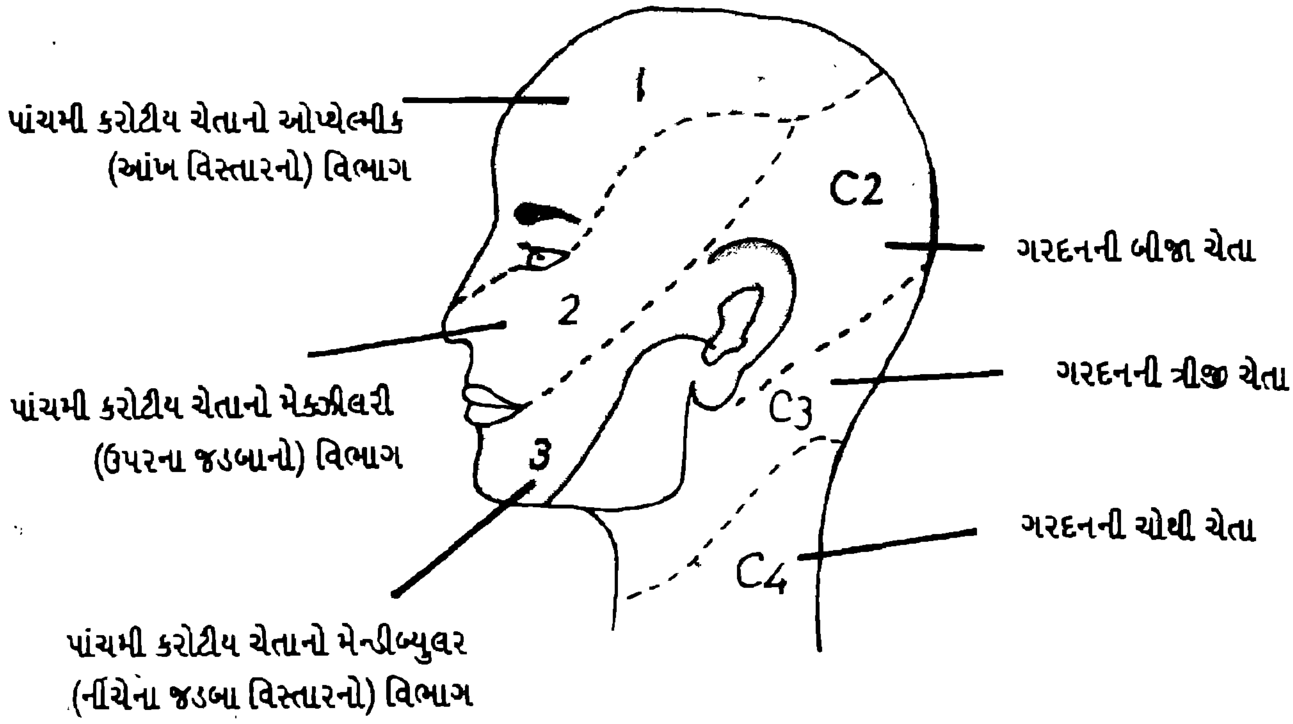
આકૃતિ 5. મગજના પાયાના ભાગ પાસે આવેલા ભાગો, ડ્યુરા-મેટર, શિરા-કોટરો અને વિવિધ કરોટીય ચેતાઓ દર્શાવે છે.

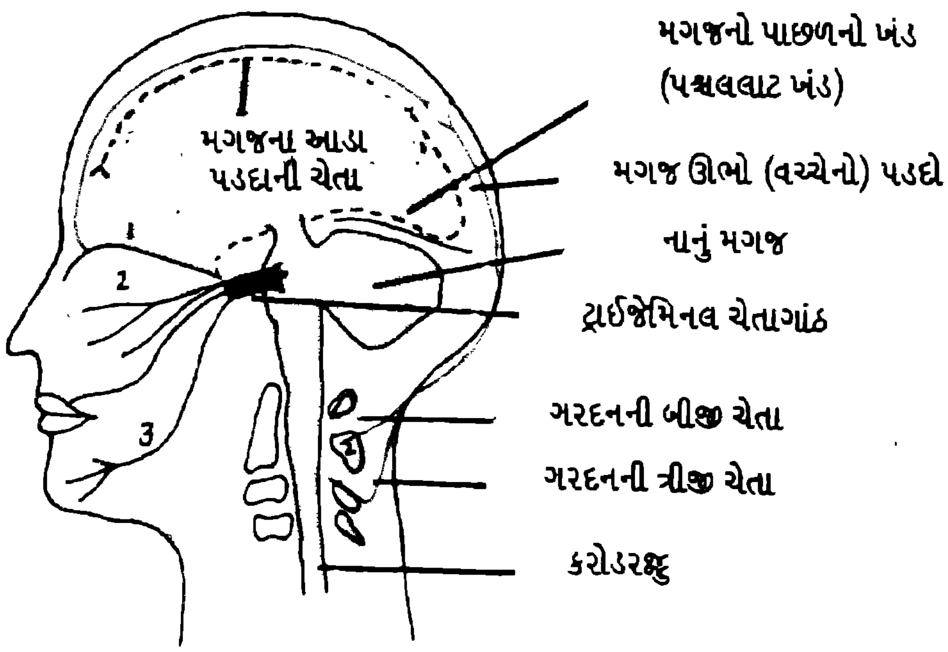
આવેલ રક્તવાહિનીઓનું તંત્ર દર્દનો અનુભવ કરી શકતાં નથી. શરીર દ્વારા અનુભવાતાં તમામ બાહ્ય સંવેદનો પૈકી, મગજના સંવેદનશીલ અંગો ફક્ત પીડાનું જ સંવેદન અનુભવી શકે છે. વુલ્ફ અને એના સહકાર્યકરોએ શિરદર્દની પ્રક્રિયા માટે નીચે મુજબની સૈદ્ધાંતિક ધારણા રજૂ કરી છે :

1. ખોપરીની અંદર આવેલી ધમનીઓનું ખેંચાણ અથવા પ્રસરણ તેમજ ખોપરીની બહાર આવેલી ધમનીઓનું પ્રસરણ;
2. ખોપરીની અંદર આવેલા શિરા કોટરો અથવા મોટી શિરાઓનું ખેંચાણ અથવા વિકૃતિકરણ;
3. મગજની અને મણકાની ચેતાઓનું ખેંચાણ, દબાણ, સોજો, અથવા રક્તપ્રવાહમાં અવરોધ;
4. મગજ અને ગળાના સ્નાયુઓનું ઐચ્છિક અથવા અનૈચ્છિક સંકુચન અથવા સ્નાયુતંતુઓની વચ્ચેની પેશીનો સોજો;
5. મગજનાં આવરણો પરનો સોજો અને મગજની અંદર દબાણનો વધારો.

કોઈ એક સમયે, એક જ દર્દીમાં એક કરતાં વધારે પ્રક્રિયા જવાબદાર હોઈ શકે. તેથી એ સ્પષ્ટ થાય છે કે મગજમાં એવી પણ ઈજા અથવા નુકશાન થઈ કે જેને કારણે ઉપર જણાવેલી પ્રક્રિયાઓમાંથી કોઈ જ કાર્યાન્વિત ન થાય તો (એટલે કે ખેંચાણ, રક્તવાહિનીઓ અને ડ્યુરા મેટરનું સ્થળાંતર જેવી કોઈ પ્રક્રિયા ન થાય તો) બિલકુલ પીડા ન થાય, એવું પણ બને. જ્યારે મગજમાં થયેલી ઈજાનું પ્રમાણ અને સ્થળ એવું હોય કે જેથી ઉપરોક્ત દર્દ સંવેદી ભાગોનું સ્થાનાંતર થાય, ત્યારે જ આવી પ્રક્રિયા કાર્યાન્વિત થઈ પીડાનો અનુભવ કરાવી શકે.

દર્દની પ્રક્રિયા વિષેનાં આગળનાં પ્રકરણમાં જણાવ્યા મુજબ, કપાળ, આંખની બખોલ, મગજનો આગળનો અને વચ્ચેનો ભાગ તેમજ ટેન્ટોરિયમની ઉપરની સપાટી પરથી આવતા પીડાનાં સંવેદનો ટ્રાઈજેમિનલ (પાંચમી) ચેતા મારફતે મગજ સુધી પહોંચે છે. મગજના પાછળના ભાગ અને ટેન્ટોરિયમની નીચેની સપાટી પરથી આવતાં પીડાનાં સંવેદનો ગ્લોસોફેરેન્જીયલ (નવમી), વેગસ (દસમી) તેમજ ગળાની પહેલી ત્રણ ચેતાઓ દ્વારા મગજ સુધી પહોંચે છે (આકૃતિ-6). ડ્યુરા મેટર અને એની રક્તવાહિનીઓના ચેતાકરણની ખાસ રચનાને પરિણામે ટેન્ટોરિયમની ઉપર આવેલ ભાગોમાંથી આવતાં પીડાનાં સંવેદનો ટ્રાઈજેમિનલ (પાંચમી) ચેતા દ્વારા મગજના આગળના બેતૃતીયાંશ ભાગમાંથી આવતાં હોય તે રીતે પ્રગટ થાય છે (આને રીફર્ડ પેઈન તરીકે ઓળખવામાં આવે છે), તેમજ ટેન્ટોરિયમની નીચે આવેલા ભાગોમાંથી આવતાં પીડાનાં સંવેદનો ગળાની ઉપલી ચેતાઓ દ્વારા મગજના પાછળના ભાગ અને ગળામાંથી આવતાં





આકૃતિ 6. ટ્રાઈજેમિનલ (પાંચમી) ચેતા અને ગરદનની ઉપલી ચેતાઓ દ્વારા વહન થતી સંવેદનાઓનો વિસ્તાર દર્શાવે છે. નીચેની આકૃતિમાં મગજના પાછળના ભાગમાં સંવેદનોના વહનનો વિસ્તાર બતાવાયો છે.

હોય તે રીતે પ્રગટ થાય છે (રીફર્ડ પેઈન). ગ્લોસોફેરન્જીયલ (નવમી) અને વેગસ (દસમી) ચેતાઓ (માથામાંથી આવતાં) પીડાનાં સંવેદનોને કાન અને ગળામાંથી આવતા હોય એ રીતે પ્રગટ કરે છે (આ પણ રીફર્ડ પીડાનું ઉદાહરણ છે).

ખોપરીની અંદરની અને બહારની ધમનીઓનું (આકૃતિ-7) પ્રસરણ પીડા ઉત્પન્ન કરે છે અને પીડા જાણે આંખ, કપાળ અને જે તે તરફના લમણાંમાં થતી હોય તે



આકૃતિ 7. ગળા, ચહેરા, ખોપરીના બહાર અને અંદરના ભાગની મુખ્ય ધમનીઓ દર્શાવે છે. ટપકાં વડે નિર્દેશિત કરેલી ધમની અંદરની કેરોટિડ ધમની છે જેની શાખાઓ ખોપરીની અંદરના ભાગમાં રક્તપ્રવાહ પહોંચાડે છે.

રીતે રજૂ થાય છે. શિરા વાટે હિસ્ટામિન આપવાથી પ્રસરણ અને પીડા થાય છે. હિસ્ટામિન દ્વારા ઉત્પન્ન થતી માથાની રક્તવાહિનીજન્ય પીડા, ટ્રાઈજેમિનલ (પાંચમી) ચેતાની અકબંધતા પર આધાર રાખે છે. અમુક ખાદ્યપદાર્થોમાં સોબિટ્રિટ (હૃદયની રક્તવાહિનીઓનું પ્રસરણ કરનારી દવા) અને નાઈટ્રાઈટનું પ્રમાણ હોય છે. આવા ખાદ્યપદાર્થો લેવાથી રક્તવાહિનીઓનું પ્રસરણ અને પીડા થાય છે. અચાનક રક્તચાપ (બ્લડ પ્રેશર) ખૂબ વધી જવાથી આ જ મુજબની પ્રક્રિયા થાય છે. મગજની બહારની ધમનીઓ પર જ્યારે સોજો થાય છે અથવા જ્યારે એ પ્રસરણ પામે છે ત્યારે તેની આજુબાજુના ભાગમાંથી પીડાનું સંવેદન ઉત્પન્ન થાય છે. પેરીઓસ્ટીઅમ (અસ્થિના હાડકાનું આવરણ) ખેંચાય ત્યારે જે તે સ્થળે પીડા થાય છે. સાઈનસ (નાકની આજુબાજુ આવેલ પોલાણો) માં પીડા થવાનું કારણ પોલાણની દર્દ સંવેદી દિવાલોનું ઉત્તેજન છે, જે પોલાણમાં સ્રાવિત થયેલું (ઝરેલું) પ્રવાહી એકઠું થવાથી ઓર વધે છે.

3

વર્ગીકરણ

શિરદર્દ એ સમાન અથવા ભિન્ન બીમારીઓનું લક્ષણ અથવા અભિવ્યક્તિ હોઈ શકે. સાચા નિદાન સુધી પહોંચવા માટે તબીબ એના મગજમાં શિરદર્દનાં વિભિન્ન કારણોની યાદી તપાસી જાય છે. દર્દીની ફરિયાદની વિગતો લેતી વખતે તે સંબંધિત સવાલો પૂછે છે અને તપાસતી વખતે શારીરિક ચિહ્નો શોધવાનો પ્રયાસ કરે છે. (શિરદર્દ ઉત્પન્ન કરતી) જુદીજુદી સ્થિતિઓની યાદી યાદ કરવા અને તપાસી જવા માટે લક્ષણસમૂહનું વર્ગીકરણ એ અગત્યનું પગલું છે. આ હેતુ અસરકારક રીતે સિદ્ધ કરવા માટે વર્ગીકરણ તાર્કિક, સરળ, સંક્ષિપ્ત અને વૈજ્ઞાનિક માપદંડ યુક્ત હોવું જોઈએ.

શિરદર્દની પ્રક્રિયાની સમજ, પીડાની કાર્યપ્રક્રિયા, નિદાન પદ્ધતિઓ અને સારવાર વગેરે ક્ષેત્રમાં થયેલ અદ્યતન વૈજ્ઞાનિક પ્રગતિના પ્રકાશમાં આ વર્ગીકરણને સમય સમય પર સુધારવું અથવા બદલવું પડે છે.

દુનિયાભરના તબીબોની વચ્ચે સારવારનું મૂલ્યાંકન કરવા માટે સંવાદિતા કે સેતુ સ્થાપવામાં અને એમના વિચારો અને અનુભવોનું આદાનપ્રદાન અર્થપૂર્ણ બનાવવામાં વર્ગીકરણ અગત્યનો હેતુ સારે છે. તેથી જ ઈન્ટરનેશનલ હેડએક સોસાયટીએ શિરદર્દ વર્ગીકરણ સમિતિની રચના કરી છે, જેને આંતરરાષ્ટ્રીય વિચારણા બાદ વિશ્વભરમાં ઉપયોગી એવું પ્રમાણભૂત વર્ગીકરણ તૈયાર કરવાની જવાબદારી સોંપવામાં આવી છે. હમણાં સુધી નિમ્નલિખિત વર્ગીકરણ (સરળ બનાવાયેલ સ્વરૂપ) ઉપયોગમાં લેવાતું હતું :

1. માઈગ્રેન (આધાશીશીનું દર્દ)
   - 1.1 સામાન્ય/વ્યાપક પ્રકારનું માઈગ્રેન (આધાશીશી)
   - 1.2 સંપૂર્ણ પ્રકારનું માઈગ્રેન (આધાશીશી)
   - 1.3 જટિલ પ્રકારનું માઈગ્રેન (આધાશીશી)
2. ક્લસ્ટર શિરદર્દ (હિસ્ટામિનપ્રેરિત)
3. તણાવજન્ય શિરદર્દ
4. ચેતાજન્ય શિરદર્દ

5. ખોપરીની અંદરનો ચેપ અને જગ્યા રોકતી ઈજા (સ્પેસ ઑક્યુપાઈંગ લીઝન)
6. લમણાં વિસ્તારની ધમનીનો સોજો
7. પ્રકીર્ણ

1988 પછી આંતરરાષ્ટ્રીય ધોરણે સ્વીકૃત વર્ગીકરણમાં શિરદર્દના અગિયાર પ્રકારો અને છ પેટાપ્રકારો ગણાવ્યા છે. પરંતુ આ પુસ્તક મુખ્યત્વે સામાન્ય વાચકો માટે હોઈ, આગામી પ્રકરણોમાં, આપણે શિરદર્દના માત્ર મુખ્ય પ્રકારો જોઈશું. એમની યાદી, એમની વ્યાપકતાના ઉતરતા ક્રમમાં નીચે મુજબ છે :

1. માઈગ્રેન (આધાશીશી)
2. તણાવજન્ય શિરદર્દ
3. ક્લસ્ટર શિરદર્દ
4. રીફર્ડ પીડા
5. ચેતાજન્ય પીડા
6. ખોપરીની અંદરના વ્યાધિઓથી થતી પીડા
7. પ્રકીર્ણ શિરદર્દ

4

તપાસ

એવું વારંવાર જોવામાં આવ્યું છે કે તબીબને મળતી વખતે શિરદર્દના દર્દીઓ એમના તત્કાલિન માથાના દુખાવાના હુમલાથી એટલા બધા ચિંતિત હોય છે કે એમનાં અગાઉનાં શિરદર્દના હુમલાઓ વિષે માહિતી આપવાનું એમનું ખાસ વલણ હોતું નથી. આ માટેનાં કદાચ બીજાં કારણો પણ હોઈ શકે. તબીબ અને દર્દી બંને બહુધા ઉતાવળમાં હોય છે, તેમની પાસે સમય હોતો નથી. તાત્કાલિક રાહત માટે ઝડપી ઈલાજની જ માંગણી કરાય છે. સાચા નિદાન અને લાંબા ગાળાની સારવાર માટે અગાઉના શિરદર્દના હુમલા વિષેની માહિતીની જરૂરિયાત અથવા ઉપયુક્તતા વિષે બહુ ઓછા દર્દીઓ સભાન હોય છે. અગાઉના હુમલાઓ કદાચ બહુ નોંધપાત્ર ન હોય અથવા પૂરતું ધ્યાન ન અપાયું હોય એવું પણ બને. કેટલીક વાર દર્દી ઈચ્છે છે કે તબીબ જ જાતે ઉલટતપાસ અને વિશ્લેષણ દ્વારા બધી માહિતીઓ મેળવી લે. દર્દી માટે એ જરૂરી છે કે તેઓ જાણે કે સાચા નિદાન માટે તબીબને જરૂરી એવી તમામ વિગતો આપી ખૂબ મદદરૂપ થઈ શકાય છે. લક્ષણોની રજૂઆતની ઢબ દર્દી પાસે ઉપલબ્ધ શબ્દભંડોળ પર ખાસ્સો આધાર રાખે છે. એકજ ફરિયાદ માટે જુદાજુદા દર્દી વિભિન્ન રજૂઆત કરે એવું પણ બને. કેટલાક દર્દી તેમની ફરિયાદ વધારીને કહેવામાં માનતા હોય છે જ્યારે બીજા કેટલાક ઘટાડીને કહેતા હોય છે. લોકોની પીડા સહન કરવાની શક્તિ પણ અલગ અલગ હોય છે. ઘણાને જ્યારે સીધેસીધો સવાલ પૂછવામાં આવે ત્યારે જ અગાઉના શિરદર્દની યાદ આવે છે.

પીડાની ફરિયાદ કરતા દર્દીની શારીરિક તપાસ શરૂ કરતાં પહેલાં યોગ્ય નિદાન તરફ પહોંચવું હોય તો તબીબને અમુક શક્ય હોય તેટલી તલસ્પર્શી માહિતીની જરૂર પડે છે, જેવી કે, પીડાનું સ્થાન, એની તીવ્રતા, એનો પ્રકાર, એનો સમયગાળો અને પરંપરિતતા, ક્યારે અને કેવી રીતે પીડા શરૂ થઈ, શાને કારણે થઈ એવું લાગ્યું, બીજાં ક્યાં લક્ષણો સાથોસાથ નોંધાયાં, પીડા શું કરવાથી વધે અને શું કરવાથી રાહત થાય, વગેરે,. તેથી શિરદર્દથી પીડિત દર્દીને સલાહ આપી શકાય કે શક્ય હોય તો તબીબને

મળતાં પહેલાં જ બધી જરૂરી માહિતી એકઠી કરી રાખે જેને તબીબ "હિસ્ટ્રી" અથવા ફરિયાદના ઈતિહાસ તરીકે ઓળખે છે. અલબત્ત, તબીબ એના પક્ષે પણ આ બધું કરશે જ, અને જરૂર જણાતાં પ્રશ્નો પૂછશે જ, જેથી એ તમામ સંબંધિત માહિતી એકત્રિત કરી શકે.

કહેવાની ભાગ્યે જ જરૂર છે કે સાચા નિદાન માટે સારી રીતે મેળવેલી માહિતી કંઈ શારીરિક તપાસ અથવા પરીક્ષણોનું સ્થાન લઈ શકે નહીં.

આ પ્રકરણના હવે પછીના ભાગમાં દર્દી પાસેથી મેળવેલી માહિતીનાં પાસાંઓનું વિસ્તૃતીકરણ કરીશું.

શિરદર્દનું સ્થાન

એવું વારંવાર જોવામાં આવ્યું છે કે જ્યારે શિરદર્દથી પીડાતા દર્દીને શિરદર્દનાં સ્થાન વિષે પૂછવામાં આવે તો ઘણીવાર તેઓ આખા માથા ફરતે હાથ ફેરવે છે. શિરદર્દનું સ્થાન સચોટતાપૂર્વક નક્કી કરવાનો સંપૂર્ણ પ્રયાસ કરવો જરૂરી છે. સામાન્યતઃ જ્યાં અવારનવાર શિરદર્દ થતું હોય એવાં સ્થાનો માટેની કેટલીક તબીબી પરિભાષા આકૃતિ-7માં આપવામાં આવી છે.

શિરદર્દ શરૂ થાય ત્યારનું પીડાનું સીમિત સ્થાન અને શિરદર્દ ફેલાય ત્યારનું વિસ્તૃત સ્થાન, એ બંને વચ્ચેનો ભેદ પારખવો જરૂરી છે. શિરદર્દ કોઈ એક ચોક્કસ સ્થાને શરૂ થાય અને પછી એ જ સ્થળે સીમિત રહે એમ પણ બને અથવા પીડાની પ્રક્રિયા આગળ વધે તો બીજી જગ્યાએ ફેલાય એમ પણ બને. શિરદર્દના જુદા જુદા હુમલાઓમાં પીડાસ્થળ એક જ અથવા અલગઅલગ હોઈ શકે. તેથી દરેક હુમલા વખતે સ્થાન વિશે પૂછવું જરૂરી બને છે. ખાસ કરીને વારંવાર થતાં શિરદર્દના હુમલાઓમાં કોઈવાર સ્થાન વારાફરતી બદલાતું હોય છે તો કોઈવાર એક બાજુએ, બીજી બાજુના પ્રમાણમાં વધારે વખત શિરદર્દ થતું હોય છે.

તીવ્રતા

શિરદર્દની તીવ્રતા અલગ અલગ હોય છે. કેટલાંક શિરદર્દ હળવાં અને જલદી ભૂલી શકાય તેવાં, તો કેટલાંક ખૂબ તીવ્ર અને બાકીનાં મધ્યસરની તીવ્રતાવાળાં હોય છે. દરેક હુમલા વખતે પીડાની તીવ્રતા બદલાય એવું પણ બને. મેનિન્જાઈટીસ (મગજના આવરણના સોજા) માં અથવા સબ એરેકનોઈડ હેમરેજમાં શિરદર્દ અતિ તીવ્ર હોય છે. મગજની ગાંઠના કિસ્સામાં શિરદર્દ શરૂઆતના તબક્કામાં ખૂબ હળવું હોય છે અને જેમ જેમ ગાંઠ વધે તેમ તેમ પીડાની તીવ્રતા વધતી જાય છે.

પ્રકાર (વિશેષ લક્ષણ)

એક જ પ્રકારના શિરદર્દને વર્ણવવા માટે જુદા જુદા લોકો જુદા જુદા શબ્દોનો ઉપયોગ કરે છે. તેઓ મંદ, તીક્ષ્ણ, સજ્જડ, વજનદાર, ફાટફાટ થતું, તીક્ષ્ણ, લપકારા મારતું જેવા શબ્દોનો ઉપયોગ કરી શકે. તબીબ આ શબ્દોની નોંધ રાખી શકે અને ફરી ફરી થતાં શિરદર્દના હુમલા વખતે વપરાતા શબ્દો સાથે સરખાવી શકે. મોટાભાગના કિસ્સામાં, પીડાનું વિશેષ લક્ષણ કોઈ ખાસ સ્થિતિના નિદાન તરફ દોરી જતું નથી. તે છતાં, લપકારા મારતું શિરદર્દ મોટે ભાગે રક્તવાહિનીજન્ય શિરદર્દ હોય છે. દર્દી જ્યારે લપકારા મારતું દર્દ એવા શબ્દ વાપરે છે ત્યારે તબીબી વપરાશમાં એ શબ્દના અર્થ સાથે એ અનુરૂપ છે કે કેમ એની તબીબે ખાતરી કરવી રહી. લપકારા મારતું દર્દ નાડીના ધબકારા સાથે સંકળાયેલું હોવું જોઈએ એટલે કે દરેક ધબકારા વખતે પીડા વધે છે. નાડીના ધબકારા, કાંડા કે ગળાની મુખ્ય ધમની પાસે અનુભવી શકાય છે.

સમયગાળો

દરેક હુમલામાં પીડા કેટલો સમય રહે છે ? જુદા જુદા હુમલામાં પીડાનો સમયગાળો અલગ અલગ હોય છે. પીડા કેટલાક કલાકથી માંડીને કેટલાક દિવસ સુધી રહી શકે. દર્દીના પ્રતિભાવો સાતત્યપૂર્ણ છે કે કેમ તેની ખાતરી કરવી જરૂરી છે. તણાવનાં શિરદર્દમાં પીડા સામાન્યતઃ અવિરામ હોય છે અને ઘણા દિવસો અથવા અઠવાડિયા સુધી ટકે છે, જ્યારે રક્તવાહિનીજન્ય શિરદર્દ માત્ર થોડા કલાકો અથવા દિવસો સુધી ટકે છે.

પરંપરિતતા (પુનરાવર્તીપણું)

માઈગ્રેનની માફક જો શિરદર્દ અવારનવાર હુમલાઓ રૂપે થતું હોય તો એનું પરીક્ષણ કરવું જરૂરી બની રહે છે. શિરદર્દ વર્ષમાં, મહિનામાં, અઠવાડિયામાં અથવા દિવસમાં એકવાર થઈ શકે. પીડાનું પુનરાવર્તીપણું ઘટે છે એ માહિતી શિરદર્દની સારવારનું આયોજન કરવામાં ખૂબ ઉપયોગી થઈ પડે છે. ખૂબ જ ઓછા સમયગાળામાં વારંવાર ઉપડી આવતું શિરદર્દ (ક્લસ્ટર હેડએક) કેટલાક વર્ષો અથવા મહિનાની રાહત પછી ફરી ઉથલો મારે તો તે માહિતી પણ ઘણી મહત્ત્વની બની રહે છે.

આરંભનો સમય અને ઢબ

દિવસ અથવા રાતના ક્યા સમયે દર્દ શરૂ થાય છે ? શિરદર્દના કારણે દર્દી ઊંઘમાંથી અધવચ્ચે ઊઠી જાય છે ? દર્દી સવારે ઊઠે છે ત્યારે શિરદર્દ થાય છે ? બપોર પછી

અથવા સાંજે શિરદર્દ શરૂ થાય છે ? શું શિરદર્દ પહેલું અને એકમાત્ર લક્ષણ છે કે શિરદર્દ પહેલાં કે પછી બીજા લક્ષણો પણ અનુભવાય છે ? શિરદર્દ શરૂઆતથી તીવ્ર છે કે એની તીવ્રતા ધીમેધીમે વધે છે ?

સંબંધિત લક્ષણો

તકલીફનું એકમાત્ર લક્ષણ છે કે સાથે બીજા લક્ષણ પણ છે ? નિમ્નલિખિત લક્ષણો ઘણીવાર શિરદર્દની સાથેસાથે જોવા મળે છે : ઊબકા, ઊલટી, કબજિયાત, ઝાડા, પેટનો દુઃખાવો, ત્વચાની લાલાશ, પરસેવો, ઘૂંટણનો સોજો, રક્તવાહિઓનું પ્રસરણ, શરદી, આંખની લાલાશ અથવા સોજો, પ્રકાશનો ભય (તીવ્ર પ્રકાશ આંખ પર પડે તે સહન ન થવું) તેમ જ અવાજ, સ્વાદ, સુગંધ પ્રત્યે (અસામાન્ય) સંવેદનશીલતા. ચેતાતંત્ર, હૃદય અને રક્તાભિસરણતંત્ર તેમ જ સ્વૈચ્છિક તંત્રને લગતા ચિહ્નો પણ શિરદર્દ સાથે જોવા મળે છે કે કેમ એ જાણવું પણ જરૂરી છે.

પીડા વધારતાં પરિબળો

શિરદર્દમાં વધારો કરતાં તમામ શક્ય પરિબળો વિશે તબીબને કહેવું જરૂરી છે. શિરદર્દના અલગ અલગ હુમલામાં પીડા વધારનાર પરિબળો સમાન અથવા ભિન્ન હોઈ શકે. ખાંસી કે છીંક આવવાથી, જોર કરવાથી, અચાનક હલનચલનથી, ચાવવાથી, અથવા ગળવાની ક્રિયાથી શિરદર્દ વણસે છે ? માસિક ઋતુધર્મ, સગર્ભાવસ્થા તેમજ સ્તનપાન દરમિયાન પણ શિરદર્દ વધતું જોવા મળે છે.

શિરદર્દમાં રાહત આપનાર પરિબળો

અગાઉના શિરદર્દના હુમલામાં દર્દીને કેવી રીતે રાહત થઈ ? માલિશ કરવાથી, પટ્ટો બાંધવાથી અથવા દબાણ આપવાથી રાહત થાય છે ? ચા-કોફી કે અન્ય પીણું પીવાથી રાહત થાય છે ? બેસવું-સૂઈ જવું એવી કોઈ ચોક્કસ સ્થિતિ ધારણ કરવાથી રાહત થાય છે ? બામ લગાડવાથી અથવા ઠંડા કે ગરમ પોતાં મૂકવાથી રાહત થાય છે ?

શિરદર્દ ઉત્પન્ન કરતાં પરિબળો

શિરદર્દના દરેક કિસ્સામાં શિરદર્દ શરૂ કરવા માટે જવાબદાર પરિબળોની તપાસ કરવી રહી. શિરદર્દ શરૂ કરનાર પરિબળોથી દૂર રહેવું એ શિરદર્દની સારવારનું મહત્ત્વનું પાસું છે. આવા શક્ય પરિબળો શોધી કાઢવા માટે પર્યાવરણવિષયક, સામાજિક અને વ્યવસાયલક્ષી માહિતીનું વિશ્લેષણ કરી જોવું જોઈએ. કેટલાક

કિસ્સાઓમાં શિરદર્દ વર્ષ અથવા ઋતુના ખાસ સમયે થાય છે. કોઈ એક વ્યક્તિમાં શિરદર્દ કરી શકે એવાં કેટલાંક વિશેષ પરિબળો હોઈ શકે છે. છતાં આપણે યાદ રાખવું જોઈએ કે એક દર્દીમાં પીડા શરૂ કરનાર પરિબળો બીજા દર્દીમાં (અને કેટલીકવાર તો એ જ દર્દીમાં બીજીવાર) પીડા શરૂ કરે જ એવું બનતું નથી. ચીઝ, લાલ મધ, ચા-કૉફી, આઈસ્ક્રીમ અને બીજા અમુક ખાદ્ય પદાર્થોનું સેવન, થાક, સાંવેગિક પરિવર્તન, સંભોગ, મોટા અવાજો, કેટલાક સંગીતના સૂરો, માંદગી અને અંતઃસ્રાવોનાં સંતુલનમાં ફેરફાર જેવા વિભિન્ન પરિબળો શિરદર્દની શરૂઆત માટે કારણભૂત બની શકે.

સારવારની વિગત

જૂનું શિરદર્દ ધરાવતાં દર્દીઓ ઘણીવાર એમના અત્યારના તબીબને મળતાં પહેલાં, એક અથવા અનેક તબીબની મુંલાકાત લઈ ચૂક્યા હોય છે. વર્તમાન તબીબને અગાઉના હુમલાની અને સારવારથી થયેલ ફાયદાની તમામ વિગતો આપવી જરૂરી છે. દવાઓ ઉપરાંત બીજી કઈ ચીજોથી દર્દીને રાહત થઈ છે તે જાણવું પણ જરૂરી છે. એક્યુપંકચર માનસ ચિકિત્સા, વ્યાયામ વગેરેની સારવાર પર શું અસર થાય છે તે પણ જાણવું જોઈએ. આવી માહિતી સાથે તબીબ સારવારનું આયોજન ઔચિત્યપૂર્ણ રીતે કરી શકે છે.

આગાહીસૂચક લક્ષણો

કેટલાક દર્દીઓને થનાર શિરદર્દની અગાઉથી ચેતવણી આપતાં કેટલાંક લક્ષણો અનુભવવા મળે છે. આ લક્ષણો વિભિન્ન અને ઘણીવાર અસ્પષ્ટ હોય છે, પરંતુ આગાહીસૂચક હોવાથી તે ઘણીવાર ઓળખાઈ જાય છે. આવા ખાસ આગાહીસૂચક લક્ષણોમાં ઊબકા, ચિડિયાપણું, અતિશય તૃષા (તરસ) અથવા ભૂખ, ઘેન, કબજિયાત, ઝાડા, અને શરીરમાં ટાંકણી કે સોય ભોંકાતી હોય એવી ઝણઝણાટી અને સંવેદનની બધિરતા વગેરેનો સમાવેશ થાય છે. શિરદર્દના વર્તમાન-હુમલા વખતે આ રીતે મેળવેલી માહિતી અને ગત હુમલાઓની ખાસિયતોના વિનિયોગથી દરેક કિસ્સામાં એક સુનિશ્ચિત ઢબ ઉપસી આવે છે. લક્ષણોની આ વિશેષ ઢબ ઉપરથી તબીબને શિરદર્દનું એક અથવા બીજી કક્ષામાં વર્ગીકરણ કરવામાં મદદ મળે છે, જેથી સાચા પ્રકારની સારવાર શરૂ કરવામાં મદદ મળે છે.

લક્ષણોની ઢબનો પરિચય કર્યા પછી, તબીબ દર્દીની વ્યવસ્થિત અને સર્વગ્રાહી તપાસ શરૂ કરે છે. કેટલીકવાર ઉપલકિયા પરીક્ષણથી સંતુષ્ટ થઈ જવાથી સાચું નિદાન વેગળું રહી જાય છે. તોય, એમાં કોઈ શક નથી કે જૂના શિરદર્દના દર્દીઓની ફક્ત

તપાસ કરવા કરતાં વિગતવાર મેળવેલી માહિતી વધુ ઉપયોગી છે. તેથી જ તબીબ આગળની બીમારીઓ, કુટુંબની બીમારીઓ અંગેની માહિતી, ઘરે અને કામ પર થતી વ્યક્તિગત અને કૌટુંબિક સમસ્યા વગેરે માહિતી કઢાવવા પ્રયત્ન કરે છે. જીવનસાથી સાથેના તેમજ અન્ય કુટુંબીઓ સાથેના વ્યક્તિગત સંબંધો, સાંવેગિક અવસ્થા, આર્થિક હાલત, અંગત ટેવો અને બીજી સામાજિક વચનબદ્ધતાઓ અથવા ફરજો વિષેની માહિતી પણ કામની હોવાથી એકત્રિત કરવી જોઈએ. શારીરિક તપાસમાં રક્તાભિસરણ તંત્ર, શ્વસનતંત્ર, પાચનતંત્ર, કંકાલતંત્ર હાડડાંતંત્ર તેમજ ચેતાતંત્રનો વ્યવસ્થિત અભ્યાસ આવરી લેવાય છે.

ખોપરી, જડબાનો સાંધો, આંખ, કાન, નાક, મુખગુહા, દાંત અને ગળાને જોઈને તેમજ સ્પર્શીને તપાસ અને સ્ટેથોસ્કોપથી તપાસ કરવા પરત્વે ખાસ ધ્યાન અપાવું જોઈએ.

વિગતવાર માહિતી અને તંત્રવાર તપાસથી શિરદર્દની નીચે જણાવેલ કક્ષાઓમાંથી ગમે તે એકમાં મૂકવા માટેની જરૂરી કડીઓ સાંપડે છેઃ (i) ચેતાતંત્રના ચિહ્નો સાથેનું શિરદર્દ (ii) અન્ય તંત્રનાં ચિહ્નો સાથેનું શિરદર્દ અને (iii) ચેતાતંત્ર કે અન્ય કોઈ તંત્રના ચિહ્નો વગરનું શિરદર્દ. અનુભવૃથી જણાયું છે કે મોટાભાગના શિરદર્દ છેલ્લી (ત્રીજી) કક્ષામાં મૂકી શકાય એવા હોય છે.

5

પરીક્ષણો

હમણાંના સમયમાં શરીરમાં ચોક્કસ જગ્યાએ આવેલા આંતરિક અવયવોની છબીઓ પ્રાપ્ત કરવાની સુવિધા વધુ સરળતાથી ઉપલબ્ધ થઈ હોવાથી શિરદર્દથી પીડાતા દર્દીઓને સામાન્ય તબીબો દ્વારા કમ્પ્યુટરાઈઝ્ડ ટોમોગ્રાફી (સી.ટી.) અથવા મેગ્નેટિક રેઝોનન્સ ઈમેજિંગ (એમ.આર.આઈ.) નામનાં પરીક્ષણો કરાવવાની સલાહ આપવામાં આવે છે અને આવા પરીક્ષણો કર્યા પછી, એના અહેવાલ સાથે, પરંતુ (અગાઉના બે પ્રકરણોમાં વર્ણવેલી) પૂરતી માહિતી વગર દર્દીને મગજના વિશેષજ્ઞ તબીબ પાસે તપાસ અને સારવાર માટે મોકલવામાં આવે છે. જૂના શિરદર્દનું નિદાન કરવા માટેનો આ અભિગમ લખનારની દૃષ્ટિએ ભૂલભરેલો છે. અદ્યતન નિદાનલક્ષી પરીક્ષણોની મદદ લેતાં પહેલાં દર્દીના શિરદર્દનાં લક્ષણોની ઢબ પારખી એનું કામચલાઉ વર્ગીકરણ કરવું હંમેશા ઉત્તમ છે (જુઓ પ્રકરણ 3). જૂનાં શિરદર્દનાં કિસ્સામાં આવા પરીક્ષણો ન કરવામાં આવ્યા હોય, એવું ભાગ્યે જ જોવા મળે છે, દર્દીની પાસે મેળવેલી માહિતી અને શારીરિક તપાસમાં તકલીફના મૂળ તરફ દોરી જતાં નોંધપાત્ર લક્ષણો હોય તોપણ !

શિરદર્દ અચાનક શરૂ થયું હોય અને ચેતાતંત્રનાં અથવા બીજા તંત્રનાં ચિહ્નો સાથે સંલગ્ન હોય તો વિશેષ પરીક્ષણો તાત્કાલિક હાથ ધરવા પડે, એ અલબત્ત, દેખીતું છે. દર્દી બીમાર છે અને પરિસ્થિતિની જ માંગ હોય છે કે તાત્કાલિક પરીક્ષણ કરવામાં આવે. જૂનાં અને અવારનવાર થતાં શિરદર્દમાં સ્થિતિ જુદી હોય છે. આ પ્રકારના શિરદર્દ સાથે કામ પાર પાડવાનો શ્રેષ્ઠ રસ્તો એ છે કે પ્રથમ વિગતવાર માહિતી એકત્રિત કરવામાં આવે અને સંપૂર્ણ શારીરિક તપાસ કરવામાં આવે. દાખલા તરીકે જૂનાં મંદ શિરદર્દથી પીડાતા વયસ્ક વ્યક્તિમાં, એની સજાગ અવસ્થામાં કોઈ ફરક પડ્યો છે, એ માહિતી મેળવવાની રહી જાય તો ક્રોનિક સબડ્યુરલ હીમેટોમાનું નિદાન ચૂકી જવાય, એવું પણ બને. ટ્રાઈજેમિનલ

ન્યૂરાલ્જીયાથી પીડાતા મધ્યવયસ્ક વ્યક્તિમાં જો શારીરિક તપાસ વખતે શ્વેતપટલની (કોર્નિયલ) પરાવર્તી પ્રક્રિયા અથવા સંવેદન અનુપસ્થિત છે એમ ન પારખી શકાય તો ટ્રાઈજેમિનલ ચેતા પરના ન્યૂરોફાઈબ્રોમા(એક પ્રકારની સાદી ગાંઠ)નું નિદાન ચૂકી જવાય.

એ સ્વીકારવું રહ્યું કે આ સંબંધે સંપૂર્ણ પરીક્ષણ કરાવી લેવા તરફ દર્દીના માનસિક ઝુકાવનો તબીબે મુકાબલો કરવો પડે છે અને કેટલીકવાર આનો ખ્યાલ રાખવો પડતો હોય છે. કેટલીકવાર દર્દીને જ્યારે એવો ભય હોય કે એના મગજમાં ગાંઠ છે ત્યારે ઉચિત પરીક્ષણ તાત્કાલિક કરાવી લેવું, અને એ રીતે દર્દીની વ્યગ્રતાનો અંત આણવો જ હિતાવહ છે.

શિરદર્દના કિસ્સામાં હાથ ધરી શકાય એવાં ઘણાં પરીક્ષણો છે. દરેક કિસ્સામાં આમાંના તમામ પરીક્ષણો કરવા ખૂબ ખર્ચાળ છે અને ખરેખર જરૂરી પણ નથી. પોતાની તપાસકીય તબીબી કુશળતાની મદદથી, સારવાર કરનાર તબીબ જ કયાં પરીક્ષણો જરૂરી છે, એ નક્કી કરવાની શ્રેષ્ઠ સ્થિતિમાં હોય છે. સાચા નિદાન સુધી પહોંચવા માટે જે તે પરીક્ષણ કઈ રીતે કામ લાગશે એમ વિચારવાથી કોઈક ખાસ પરીક્ષણ પસંદ કરવા માટે પાયાનું માર્ગદર્શન મળે છે. જ્યારે જ્યારે કોઈ એક પરીક્ષણ કર્યા બાદ, બીજા પરીક્ષણની જરૂરિયાત મહેસૂસ થાય, ત્યારે તે કરવું જોઈએ. સી.ટી. અથવા એમ.આર.આઈ ની તપાસ મેનિન્જાઈટિસ (મગજના આવરણના સોજા) ના શરૂઆતના તબક્કામાં સામાન્ય (નોર્મલ) હોઈ શકે, પરંતુ આજ તબક્કે કમરના પાણીની તપાસ કરવાથી એનું નિદાન સુનિશ્ચિત થઈ શકે. જ્યારે અદ્યતન અને ખર્ચાળ પરીક્ષણો કંઈ જ અંસામાન્ય ન બતાવે ત્યારે માત્ર ઈ.એસ.આર. જેવી લોહીની સસ્તી તપાસથી ટેમ્પોરેલ ધમનીના સોજાનું નિદાન થઈ શકે છે. ટયૂબરક્યુસ (ક્ષય) મેનિન્જાઈટિસમાં શરૂઆતના તબક્કે સી.ટી. તપાસમાં કશું અસામાન્ય ન હોય પરંતુ પાછળના તબક્કે મગજમાં રગડા જેવો સ્રાવ (એક્ઝ્યુડેટ) અથવા ક્ષયની ગાંઠ થઈ હોય તો, સી.ટી. થી એ નિઃશંકપણે પુરવાર થઈ શકે. આમ, પરીક્ષણની પસંદગી અને એ કરવાનો સમય સારવાર કરનાર તબીબને નક્કી કરવા દેવો જોઈએ.

શિરદર્દના દર્દીઓમાં જરૂર પડી શકે એવાં કેટલાંક મહત્ત્વના પરીક્ષણો નીચે મુજબ છે (પ્લેટ 1 થી 6) : ખોપરી, નાકની આજુબાજુના પોલાણો (સાઈનસ), ગળાના મણકા, ફસાયેલો દાંત અને જડબાના સાંધાની ક્ષ-કિરણ તપાસ, ગળાની કેરોટિડ ધમનીની ડોપલર તપાસ, એન્જિયોગ્રાફી, કમરના પાણીની તપાસ, ધમનીની બાયોપ્સી, ઈલેક્ટ્રો- એન્કેફેલોગ્રાફી (ઈ.ઈ.જી), સી.ટી.' એમ.આર.આઈ વગેરે. જો કોઈ યુવાન દર્દી અચાનક માથાના દુઃખાવા સાથે બોચીની સજ્જડતા અને પીડા અનુભવે તો પહેલું શારીરિક તપાસકીય નિદાન સબએરેકનોઈડ હેમરેજ મૂકી શકાય.

નિદાન સુનિશ્ચિત કરવા માટે કમરના પાણીની તપાસ, સી.ટી. અથવા એમ.આર.આઈ. ની મદદ લઈ શકાય. રક્તસ્રાવનું મૂળ અને સ્થળ એન્જિયોગ્રાફી, સી.ટી., એમ.આર.આઈ. અથવા એમ.આર. એન્જીયોગ્રાફીથી નિર્દિષ્ટ થઈ શકે. ઉપલબ્ધ સવલતો, દર્દીની તબીબી હાલત, તેની આર્થિક પરિસ્થિતિ વગેરે બાબતો ઉપર પરીક્ષણની પસંદગી અવલંબે છે. કેટલાંક પરીક્ષણો પ્રમાણમાં સસ્તાં, તો કેટલાંક પ્રમાણમાં અસલામત, તો કેટલાક પ્રમાણમાં ઓછાવત્તા અંશે શરીરની આંતરિક પ્રક્રિયામાં વિક્ષેપ કરનાર (ઈન્વેઝિવ) હોય છે.

બીમારી દરમિયાન કયા સમયે પરીક્ષણ કરવું જોઈએ, બીમારીની ગતિ અને એનું પરિણામ જાણવા માટે કયું પરીક્ષણ ક્યા સમયે ફરીથી કરાવવું જોઈએ, પરીક્ષણ કેટલી વાર ફરીથી કરવું જોઈએ, બચાવી ન શકાય તેવા દર્દી પર કેટલા પરીક્ષણ કરવા જોઈએ, આ બધા સાપેક્ષ પ્રશ્નો છે. (તમામ કિસ્સાઓમાં સામાન્યપણે લાગુ પાડી શકા ન તેવા) કોઈ માર્ગદર્શક સૂચન આપી શકાય નહીં. પરિસ્થિતિ અનુસાર સારવાર કરનાર તબીબે નિર્ણય લેવાનો રહે છે.

6

માઈગ્રેન (આધાશીશી)

માઈગ્રેન એ એક પ્રકારનું લપકારા મારતું, સામાન્ય રીતે માથાની એક બાજુ અવારંનવાર થતું અને કેટલીકવાર ઊબકા સાથે થતું શિરદર્દ છે, જેનાથી વસ્તીના દશ ટકા લોકો પીડાય છે. માઈગ્રેનથી પીડાતા તમામ દર્દીઓમાંથી માત્ર દશ ટકા જેટલા દર્દીઓ જ ખાસ શિરદર્દ માટેના ક્લિનિક અથવા મગજના રોગોના ક્લિનિકમાં પહોંચે છે. શિરદર્દના તમામ દર્દીઓમાંથી આશરે 30 થી 40 ટકા દર્દીઓ માઈગ્રેનના હોય છે. શિરદર્દના દર્દી હોસ્પીટલના વિભિન્ન વિભાગોમાં જાય છે પરંતુ અંતે તેમના માટે મગજના તબીબની સેવા લેવામાં આવે છે. શિરદર્દનું સચોટ નિદાન કરવું એ મગજના તબીબ (ન્યૂરોલોજીસ્ટ)નું કામ છે અને યોગ્ય સારવાર માટે એ અનિવાર્ય છે. માઈગ્રેનના મોટાભાગના દર્દીઓ આ બિમારીની કેટલીક ખાસિયતો અને નિદાન વિષે થોડીઘણી માહિતી ધરાવતા હોય છે.

વર્ગીકરણ

થોડા સમય પહેલા માઈગ્રેનનું સરળ વર્ગીકરણ અસ્તિત્વમાં હતું જેમ કે (1) વ્યાપક/સામાન્ય પ્રકારનું માઈગ્રેન; (2) સંપૂર્ણ પ્રકારનું માઈગ્રેન; (3) જટિલ પ્રકારનું માઈગ્રેન. વર્તમાન સમયમાં ઈન્ટરનેશનલ હેડએક સોસાયટીએ એક નવા અને વધુ પ્રચૂર વર્ગીકરણની ભલામણ કરી છે જે નીચે મુજબ છે :

1. ચેતવણીસૂચક લક્ષણો વિનાનું માઈગ્રેન
2. ચેતવણીસૂચક લક્ષણોવાળું માઈગ્રેન
   - 2.1 નિશ્ચિત ચેતવણીસૂચક લક્ષણોવાળું માઈગ્રેન
   - 2.2 પ્રલંબ ચેતવણીસૂચક લક્ષણોવાળું માઈગ્રેન
   - 2.3 પક્ષાઘાતયુક્ત માઈગ્રેન

2.4 બેઝીલર માઈગ્રેન
2.5 શિરદર્દ વગરનું માત્ર ચેતવણીસૂચક લક્ષણોવાળું માઈગ્રેન

3. આંખના સ્નાયુઓની નબળાઈ સહિતનું (ઓપ્થેલ્મોપ્લેજિક) માઈગ્રેન
4. આંખના મજ્જાપટલનું માઈગ્રેન
5. બાળપણમાં સમયાંતરે જોવા મળતાં અમુક ચિહ્નો, જે આધાશીશી સાથે સંકળાયેલાં હોય અથવા આગળ જતાં આધાશીશીમાં પરિણમે.
6. માઈગ્રેનનાં વિષમ (જટિલ) સ્વરૂપો
   6.1 સતત માઈગ્રેનની અવસ્થા
   6.2 રક્તાવરોધ સહિતનું માઈગ્રેન
7. ઉપરની કોઈ કક્ષામાં ન બંધબેસતી માઈગ્રેન જેવી બિમારી.

એ તરત ખ્યાલ આવે એવું છે કે આગળના વર્ગીકરણ કરતાં આ વર્ગીકરણ પ્રચૂર હોવા છતાં, હકીકતમાં સરળ અને વર્ગીકરણને વધારે અર્થપૂર્ણ બનાવે, તેવું છે.

પ્રક્રિયા

માઈગ્રેન વિશેની સૈદ્ધાંતિક ધારણાઓ

માઈગ્રેનનાં લક્ષણો સમજાવવા માટે ત્રણ સૈદ્ધાંતિક ધારણાઓ રજૂ કરવામાં આવે છે :

- વુલ્ફ(Wolff)નો વાસ્ક્યુલર (રક્તવાહિનીજન્ય) સિદ્ધાંત
- હેઈક(Heyck)નો શિરા-ધમનીનાં ખુલ્લાં જોડાણોનો સિદ્ધાંત
- ચેતાજન્ય (ન્યૂરોજેનિક) સિદ્ધાંત

શિરા-ધમનીનાં ખુલ્લાં જોડાણોના સિદ્ધાંતને વ્યાપક ટેકો મળ્યો નથી, અને સમય સમય પર વાસ્ક્યુલર અથવા ન્યૂરોજેનિક સિદ્ધાંત ઉપર વારાફરતી ભાર મૂકાતો રહ્યો છે. અત્યારે ન્યૂરોજેનિક સિદ્ધાંતને વ્યાપક સ્વીકૃતિ મળી રહી છે.

વુલ્ફના વાસ્ક્યુલર સિદ્ધાંત અનુસાર માઈગ્રેનના ચેતવણીસૂચક લક્ષણો મગજની અંદરની રક્તવાહિનીઓના સંકુચનના કારણે અને શિરદર્દ બાહ્ય કેરોટિડ ધમનીના પ્રસરણના કારણે થાય છે, જેમાં રક્તવાહિની પર અસર કરતાં પોલીપેપ્ટાઈડથી વધારો નોંધાય છે. ન્યૂરોજેનિક સિદ્ધાંત પ્રમાણે રક્તવાહિનીનું સંકુચન કે પ્રસરણ પ્રાથમિક ઘટના નથી, પરંતુ એવું મગજના અનિયમિત કાર્યને કારણે બને છે. માઈગ્રેન શરૂ થવા પહેલા મગજના કાર્યમાં અવ્યવસ્થા કે વિક્ષેપ સર્જાવાની ધારણાને અદ્યતન પરિક્ષણો દ્વારા સબળ અનુમોદન મળ્યું છે. મગજના કાર્યનો વિક્ષેપ ચેતાતંતુઓમાં પ્રસરતી મંદતાને પરિણામે થાય છે. એની સાથેસાથે મગજનો રક્તપ્રવાહ ઘટે છે જે ધીમેધીમે મિનિટના બે થી ત્રણ મીલીમીટરના દરથી સુધરે છે.

ચેતાતંતુઓમાં પ્રસરતી મંદતાની આ પ્રક્રિયાનું વર્ણન લિઆઉ નામના વૈજ્ઞાનિકે કર્યું હતું.. ઉપરોક્ત સિદ્ધાંતોમાંથી કોઈ પણ સિદ્ધાંત માઈગ્રેનના તમામ લક્ષણોને સમજાવવા સક્ષમ નીવડતો નથી.

માઈગ્રેનના પાંચ તબક્કા છે. શરૂઆત પહેલાનાં પૂર્વલક્ષણો, ચેતવણીસૂચક લક્ષણો, શિરદર્દ, શિરદર્દનો અંત અને અંત પછીના લક્ષણો. કોઈ પણ સિદ્ધાંત દ્વારા પાંચ તબક્કા સમજાવી શકાવા જોઈએ.

રાસાયણિક ચેતાવાહક સેરોટોનિન(5 એચ.ટી-હાઈડ્રૉક્સીટ્રીપ્ટામિન) માઈગ્રેનના હુમલા દરમિયાન શું ભાગ ભજવે છે તેનો અભ્યાસ કરવામાં આવ્યો છે. માઈગ્રેનના હુમલા દરમિયાન લોહીમાં 5 એચ.ટી. નું પ્રમાણ ઘટે છે અને એની મુખ્ય ચયાપચય પેદાશ 5 હાઈડ્રોક્સી ઈન્ડોલ એસીટિક એસિડ (5 એચ.આઈ.એ.એ.) નું પેશાબમાં પ્રમાણ વધે છે. મગજમાં 5 એચ.ટી. માટે ઓછામાં ઓછાં ચાર ગ્રહણકેન્દ્રો છે. પ્રકાર 1ના ગ્રહણકેન્દ્રો (5 એચ.ટી-1) અવરોધક પ્રકારનાં છે અને રાસાયણિક ચેતાજોડાણ પહેલા થતાં ચેતાવાહકના સ્રાવ પર અસર કરે છે. પ્રકાર 2ના ગ્રહણકેન્દ્રો (5 એચ.ટી-2) ઉત્તેજક પ્રકારનાં રાસાયણિક ચેતાજોડાણ પછીનાં (પોસ્ટ સાઈનેપ્ટીક) ગ્રહણ કેન્દ્રો છે. પ્રકરણ-1માં દર્દના નિયમનમાં સેરોટોનિન ઉત્પન્ન કરતાં માર્ગોના મહત્ત્વ પર ભાર મૂકવામાં આવ્યો છે. સુમાટ્રીપ્ટાન એ 5 એચ.ટી-1 ગ્રહણકેન્દ્રોને સીધેસીધી રીતે ઉત્તેજીત કરે છે અને ટ્રાઈજેમિનલ તંત્રમાં ચેતાવહનમાં અવરોધ કરનાર ખાસ રક્તવાહિની સંકુચનકર્તા પદાર્થ છે. ડાઈહાઈડ્રોઅર્ગોટેમાઈન પણ સુમાટ ્રીપ્ટાનની જેમ મગજના મૂળ વિસ્તારના ભાગો સાથે અને કરોડરજ્જુના ઉપરના ભાગ સાથે જોડાઈને સેરોટાનિન ઉત્પન્ન કરતા માર્ગો મારફતે કામ કરે છે. આમ, માઈગ્રેન મધ્યસ્થ ચેતાતંત્રમાં શરૂ થતું હોવું જોઈએ અને પછી રક્તવાહિનીઓને અસર કરતું હોવું જોઈએ. તેમજ, ટ્રાઈજેમિનલ રક્તવાહિનીઓને અસર કરતું હોવું જોઈએ. તેમજ, ટ્રાઈજેમિનલ રક્તવાહિની તંગ પીડા ઉત્પન્ન કરવામાં અથવા પીડા વધારવામાં ભાગ ભજવતું હોવું જોઈએ. માઈગ્રેનની શરૂઆત પહેલાનાં પૂર્વ લક્ષણો મગજના હાઈપોથેલેમસ નામના ભાગમાંથી શરૂ થતાં હોવાં જોઈએ અને ચેતવણીસૂચક લક્ષણો અને સમજણ શક્તિમાં થતાં ફેરફાર મગજના કૉર્ટેક્સ (બહારના) ભાગની ચેતાઓ મારફતે શરૂ થતાં હોવા જોઈએ. દર્દ મધ્યસ્થ ચેતાતંત્રમાં શરૂ થતું હોય અથવા ચેતાતંતુઓના સોજાને કારણે ઉત્પન્ન થતું હોય એમ બની શકે. દર્દની પ્રક્રિયાનાં પ્રકરણમાં ચેતાતંતુઓના સોજા વિશે વર્ણન કરવામાં આવ્યું છે.

શારીરિક તપાસમાં જોવા મળતાં લક્ષણો

ઘણી વ્યક્તિઓ આવનાર માઈગ્રેનના હુમલાની જાણકારી શરૂઆત પહેલાનાં પૂર્વલક્ષણો દ્વારા મેળવે છે. આ પૂર્વલક્ષણો શિરદર્દના ચેતવણીસૂચક લક્ષણો અથવા શિરદર્દ કરતાં કલાકો અથવા દિવસો જેટલાં પહેલાં અનુભવી શકાય છે. કેટલીકવાર કોઈ એક વ્યક્તિમાં માઈગ્રેનના દરેક હુમલા પહેલાં એકસરખાં પૂર્વલક્ષણો જોવા મળે છે, તેથી આ પૂર્વલક્ષણોને માઈગ્રેન સાથે સરળતાથી સાંકળી શકાય અને ઓળખી શકાય. આ પૂર્વલક્ષણો મોટે પાયે બદલાઈ શકે, પરંતુ સામાન્યતઃ વ્યાપકપણે થતાં લક્ષણોમાં થાક, હતાશા, ઉન્માદ, પ્રકાશ અથવા અવાજનો ભય, મૂંઝવણ, સ્મૃતિનાશ, એકાગ્રતાનો અભાવ, ઉબકા અથવા ઉલટી, ખોરાક પ્રત્યે અરૂચિ, ખંડિત ઊંઘ, બગાસા, ખોરાક પ્રત્યે અતિશય રૂચિ વગેરેનો સમાવેશ થાય છે. આમાંથી કેટલાક લક્ષણો હાઈપોથેલેમસ નામના ભાગમાંથી શરૂ થાય છે તો કેટલાક મગજના કોર્ટેક્સ (બાહ્ય) ભાગમાંથી અને મગજના મૂળ વિસ્તારમાંથી શરૂ થાય છે. શિરદર્દના પૂર્વ લક્ષણોનું તબીબી મહત્ત્વ ખૂબ વધારે છે કારણ કે એ શિરદર્દ થતું અટકાવનારી દવાઓના ઉપયોગ માટે તક અને સમય આપે છે. આમ (પૂર્વલક્ષણો દરમિયાન જ સારવાર શરૂ કરવાથી) તાકીદના આધાશીશીની (એક્યુટ માઈગ્રેનની) યાતનાથી બચી શકાય છે.

કોઈ એક વ્યક્તિમાં માઈગ્રેન પ્રથમવાર તરૂણાવસ્થામાં દેખા દે છે. તરૂણીઓમાં પ્રથમ માસિકધર્મ સમયે શરૂ થઈ શકે. આમ છતાં, એ ગમે તે ઉંમરે શરૂ થઈ શકે. છેક વૃધ્ધાવસ્થામાં પણ એની શરૂઆત થઈ શકે. પુરુષો કરતાં સ્ત્રીઓમાં માઈગ્રેન વધુ વ્યાપક છે. શરૂઆતમાં શિરદર્દ વારંવાર થતું નથી. વર્ષમાં એકાદ બે અને મોટેભાગે હળવા હુમલા થાય છે. દર્દી મોટેભાગે આવા હુમલાઓને ભૂલી જાય છે અને જ્યારે શિરદર્દ વધારે અને વારંવાર થાય ત્યારે જ એને શરૂઆતના હળવા હુમલાઓ ધ્યાનમાં આવે છે. શરૂઆતના હુમલાઓ હળવા હોવાથી દર્દી કોઈ દવા લેતો નથી. હુમલાઓની તીવ્રતા અને પરંપરિતતા મધ્યવય સુધી વધે છે. સ્ત્રીઓમાં રજોનિવૃત્તિકાળ સમયે માઈગ્રેન સારું થઈ જાય છે. તે છતાં, માઈગ્રેનનાં તમામ શક્ય વૈવિધ્ય સ્વરૂપો નોંધાયા છે. એ રજોનિવૃત્તિકાળ સમયે શરૂ પણ થઈ અને વર્ષો સુધી ટકી પણ શકે.

માઈગ્રેનનાં પીડા લમણાના ભાગમાં અને જે તે તરફની આંખની આજુબાજુ થાય છે. જો કે એ માથાની પાછળના, ગળાના, માથાની આગળના અથવા ઉપરના ભાગમાં શરૂ થઈ શકે. શરૂઆતમાં માઈગ્રેન માથાની એક જ બાજુએ થાય છે, એ માઈગ્રેનનું એક સોથી મહત્ત્વનું પાસું છે. જો કે પાછળથી એ આખા માથામાં ફેલાઈ શકે છે. ઘણીવાર શ્રેણીબદ્ધ હુમલાઓમાં માથાની માત્ર એક જ બાજુ અસરગ્રસ્ત થાય છે, તો કેટલીકવાર વારાફરતી માથાની બન્ને બાજુ દુઃખાવો થાય છે. સંખ્યાબંધ

કિસ્સાઓમાં દર્દ માથાની વચ્ચે અસ્પષ્ટ રીતે ફેલાયું હોય તે રીતે અથવા તણાવ શિરદર્દની જેમ બંને બાજુએ થાય તે છતાં શિરદર્દના હુમલાની પરંપરિતતા વિશેષ નોંધનીય બની રહે છે. શિરદર્દ સામાન્યતઃ લપકારા મારતું હોય છે અને જે તે જગ્યાએ અડકવાથી પીડા થાય છે. (તબીબ ઘણીવાર દર્દીને કાંડા અથવા ગળાની ધમનીના ધબકારા સાથે આ દર્દના લપકારા સાંકળી જોવાનું કહે છે. લખનારના ઘણા દર્દીઓએ માઈગ્રેનના આ રક્તવાહિનીજન્ય સિદ્ધાંતને સમજવાની આ તકને આવકારી છે). ઘણીવાર દર્દી સવારે શિરદર્દ લઈને ઊઠે છે જે તીવ્રતામાં ધીરેધીરે વધી બપોર સુધી મહત્તમ થાય છે, સાંજ સુધી ઘટવા માંડે છે અને છેવટે રાહત થાય છે. એકવાર શિરદર્દ હળવું થાય કે દર્દી ધીમેધીમે રાહત અનુભવે છે. સંપૂર્ણ તંદુરસ્તીનો અનુભવ કરતા એને થોડો સમય લાગે છે. આમ, માઈગ્રેનનું શિરદર્દ થોડા કલાકથી માંડી આઠ-દશ કલાક સુધી ટકી શકે. શિરદર્દનું પુનરાવર્તીપણું પણ બદલાતું રહે છે. શિરદર્દ અઠવાડિયામાં, મહિનામાં કે વર્ષમાં ત્રણચાર વાર થઈ શકે. માઈગ્રેનની બીજી વિશેષ ખાસિયત ઊલટી કે ઊબકા સાથેની એની સંબંધિતતા છે. ઘણીવાર શિરદર્દ વગર માત્ર ઊબકા કે ઊલટીના હુમલા થાય છે અને કોઈ મગજના નિષ્ણાત તબીબને આવી સ્થિતિને (માઈગ્રેનનાં જ પ્રકાર તરીકે) ઓળખી લેવામાં ખાસ તકલીફ થતી નથી.

માઈગ્રેનના હુમલાઓ માનસિક તણાવ, વ્યગ્રતા અથવા અન્ય કોઈપણ તાણથી ઉત્પન્ન થઈ શકે અને કેટલીકવાર ગળામાં આવેલી કેરોટિડ ધમની ઉપર દબાણ આપવાથી એમાં રાહત પણ થઈ શકે. કેટલાક ખાદ્યપદાર્થો, ધુમ્રપાન, મદ્યપાન, અંતઃસ્રાવનું પરિવર્તન, પર્યાવરણના પરિબળો વગેરે માઈગ્રેનના હુમલાની શરૂઆત કરી શકે. એ નોંધવું જરૂરી છે કે કોફી પીવાથી કેટલાક લોકોનું શિરદર્દ સારું થાય છે, તો કેટલાકનું શિરદર્દ વધે છે. સામાન્ય રીતે એક દર્દીમાં એક જ પ્રકારનો પ્રતિભાવ જોવા મળે છે. સામાન્ય શારીરિક કસરતો અથવા પ્રવૃત્તિ પણ માઈગ્રેનની તીવ્રતા વધારી શકે છે. કેટલાક લોકો અવાજ અથવા પ્રકાશ પરત્વે ભારે સંવેદનશીલ હોય છે (સહન કરી શકતા નથી). ઘણાં દર્દીઓ શાંત અંધારા ઓરડામાં પડી રહેવાનું પસંદ કરે છે. જો ઊંઘ આવી જાય તો રાહત થાય છે અને પીડા ઘટે છે. તેથી શિરદર્દના દર્દીઓએ શક્ય હોય ત્યાં સુધી ઊંઘી જવાનો પ્રયાસ કરવો જોઈએ.

જ્યારે દર્દીનો કૌટુંબિક ઈતિહાસ હકારાત્મક હોય, એટલે કે માબાપમાંથી એક, અથવા સહોદરોમાંથી એક કરતા વધારે વ્યક્તિને માઈગ્રેન હોય તો દર્દીનું શિરદર્દ મા કે બાપ અથવા સહોદરના શિરદર્દ કરતાં કઈ રીતે જુદું પડે છે તે જાણવામાં તબીબને ચોક્કસ રસ હશે. ઘણીવાર માબાપ અથવા સહોદરનું શિરદર્દ હળવું અને ભૂલી જવાય એવું હોય છે, તો પણ સરખામણી કરીએ તો તેમનામાં પણ પુનરાવર્તીપણું અને ઊબકા આવવાની માહિતી મળશે જ. આવો કૌટુંબિક ઈતિહાસ વ્યાપક પ્રકારના માઈગ્રેન

કરતાં સંપૂર્ણ (ક્લાસીકલ) માઈગ્રેનમાં વધુ પ્રમાણમાં જોવા મળે છે (જુઓ પાનું 33).

ચેતાજન્ય અને રક્તવાહિનીજન્ય બન્ને સિદ્ધાંતો મુજબ માઈગ્રેનના દરેક હુમલાના શરૂઆતના તબક્કામાં રક્તવાહિનીઓનું સંકુચન થાય છે. આ સંકુચનને કારણે રક્તવાહિની જે વિસ્તારને રક્ત પહોંચાડતી હોય એ વિસ્તારનો રક્ત પુરવઠો ઘટી જાય છે. આ જાણ્યા પછી માઈગ્રેનના હુમલા દરમિયાન મગજનું કોઈ ખાસ કેન્દ્ર અસરગ્રસ્ત થયું હોય એ પ્રકારના ચિહ્નો (ફોકલ ન્યુરોલોજીકલ સાઈન્સ) કેમ દેખાય છે, તે સમજાશે. આવા ચિહ્નો ચેતવણીસૂચક લક્ષણોના ગાળા દરમિયાન વધુ સ્પષ્ટપણે અને અવારનવાર જોવા મળે છે. આ લક્ષણો કઈ ધમની કેટલી ગંભીરતાપૂર્વક અને કેટલા સમય સુધી અસરગ્રસ્ત રહે છે, તેના પર આધારિત છે. કેટલાક લક્ષણો એક ખાસ વિસ્તાર તરફ નિર્દેશ કરતાં નથી. આંખ સામે સફેદ અથવા બહુરંગી પ્રકાશના ઝબકારા દેખાવા અથવા વાંકી ચૂકી લીટીઓ દેખાવી, એ ઘટના આંખની પાછળના નેત્રપટલમાં ઘટેલો રક્તપ્રવાહ સૂચવે છે. આ દૃશ્યો દ્દષ્ટિક્ષેત્રમાંથી થોડા સમય માટે ધીમે ધીમે પસાર થાય છે અને કાળાં ટપકાઓ છોડી જાય છે. મગજના પાછળના ભાગમાં આવેલ દૃષ્ટિકેન્દ્રનો રક્તપ્રાહ ઘટવાથી આવું બને છે. હલનચલન, સંવેદન કે વાણીને લગતાં લક્ષણો દેખાઈ શકે. આ લક્ષણો અલગઅલગ કે એક સાથે પણ દેખાઈ શકે, કોઈ એક દર્દીમાં દરેક હુમલા વખતે આવું એક જ પ્રકારના સંયોજનથી થાય છે. ચેતાજનિત વિક્ષેપ સામાન્ય રીતે હંગામી હોય છે. પરંતુ જવલ્લે જ એ કાયમી પણ હોઈ શકે. ચેતાજન્ય વિક્ષેપ શરૂઆતમાં નિયમિતપણે થાય છે, પરંતુ પછી અનિયમિત અને ઓછી પરંપરિતતા તેમજ ઓછી તીવ્રતાથી થાય છે, પરંતુ તેમાંય ભિન્નતા જોવા મળે છે. અગાઉ ઉલ્લેખ કર્યા પ્રમાણે લક્ષણો ધમનીના (રક્તપ્રવાહ પહોંચાડવાના) વિસ્તાર પર આધારિત હોય છે અને વિશિષ્ટ લક્ષણસમૂહ ઓળખી કાઢવામાં આવ્યા છે. ઓપ્થેલ્મોપ્લેજીક (આંખના સ્નાયુની નબળાઈ, બેઝીલર ધમનીને કારણે) અને હેમીપ્લેજીક (પક્ષાઘાત યુક્ત, રેટીનલ આર્ટરીને કારણે) માઈગ્રેન આના ઉદાહરણો છે.

નિદાનના માપદંડ

ઈન્ટરનેશનલ હેડએક સોસાયટીએ નિદાન માટે નીચે મુજબના માપદંડ નક્કી કર્યા છે :

ચેતવણીસૂચક લક્ષણો વિનાનું માઈગ્રેન (વ્યાપક સ્વરૂપનું માઈગ્રેન)

અ. **'બી'** થી **'ડી'** સુધીના ગુણધર્મો ધરાવતા, ઓછામાં ઓછા પાંચ હુમલા

બ. ચારથી બોત્તેર કલાક સુધી રહે તેવું શિરદર્દ (સારવાર કર્યા વિના, અથવા નિષ્ફળપણે સારવાર કરેલ)

ક. નીચે જણાવેલ ગુણધર્મોમાંથી ઓછામાં ઓછા બેની હાજરી :
   1. માથાની એકબાજુએ થતું શિરદર્દ
   2. લપકારા મારતું શિરદર્દ
   3. મધ્યમસરની અથવા અતિશય તીવ્રતા
   4. દાદરા ચઢવા કે એવી સામાન્ય શારીરિક કસરતથી પીડામાં વધારો થવો.
ડ. શિરદર્દ દરમિયાન નીચે જણાવેલ લક્ષણોમાંથી ઓછામાં ઓછા એકની હાજરી:
   1. ઉબકા અને/અથવા ઉલટી
   2. પ્રકાશનો ભય અને અવાજનો ભય

ચેતવણીસૂચક લક્ષણો સહિતનું માઈગ્રેન (સંપૂર્ણ / ઑપ્થેલ્મીક / પક્ષાઘાતયુક્ત માઈગ્રેન)

અ. ગુણધર્મ **'બ'** માં બંધ બેસે એવા ઓછામાં ઓછા બે હુમલા
બ. નીચે જણાવેલ ચારમાંથી કોઈપણ ત્રણની હાજરી :
   1. મગજનું કોઈ ચોક્કસ કેન્દ્ર અસરગ્રસ્ત થયું હોય એ પ્રકારના ચિહ્નો (ફોકલ કોર્ટિકલ/બ્રેઈનસ્ટેમ ડિસ્ફંક્શન) નું સૂચન કરતાં એક અથવા એકથી વધુ પરિવર્તનીય ચેતવણી સૂચક લક્ષણો.
   2. ચાર મિનિટ કરતાં વધુ સમય ચાલનાર એક ચેતવણસૂચક લક્ષણ અથવા ક્રમિકપણે થતાં બે કે તેથી વધુ લક્ષણો
   3. ચેતવણીસૂચક લક્ષણો 60 મિનીટ કરતાં વધુ ટકતા ન હોય. જો એક કરતાં વધુ ચેતવણીસૂચક લક્ષણો હાજર હોય તો સ્વીકૃત ગાળો પ્રમાણસર વધારી શકાય છે.
   4. ચેતવણીસૂચક લક્ષણો દેખાયા પછી, 60 મિનિટ કરતાં ઓછી સમયાવધિમાં શિરદર્દ શરૂ થતું હોય (શિરદર્દ ચેતવણીસૂચક લક્ષણોની સાથોસાથ અથવા એના પહેલાં પણ શરૂ થઈ શકે).

ઉપર ઉલ્લેખ કર્યા મુજબ જ્યારે કોઈ ખાસ રક્તવાહિની અસરગ્રસ્ત થઈ હોય ત્યારે મગજના જે તે ભાગનાં કાર્યમાં વિક્ષેપ થવાથી ચેતાજન્ય લક્ષણો જોવા મળે છે અને જે તે ધમની અસરગ્રસ્ત થાય તે અનુસાર માઈગ્રેનનું નામકરણ થાય છે. આંતર્રાષ્ટ્રીય શિરદર્દ સંગઠનનું માઈગ્રેન વર્ગીકરણ સામાન્ય વાચકોના ઉપયોગ તેમજ સમજમાં આવી શકે એના કરતાં વધુ જટિલ છે. સીટી, એમ.આર.આઈ. અને એન્જીયોગ્રાફી જેવા વિશેષ પરીક્ષણોની એવા કિસ્સામાં જરૂર પડે છે, જ્યાં શંકાને સ્થાન હોય અને જ્યારે બીજી કોઈ છુપાયેલી ઈજાની શક્યતા નિવારવાની હોય. પરીક્ષણોનો વ્યાપ અને પસંદગી નક્કી કરવાની જવાબદારી સારવાર કરનાર તબીબ પર છોડી દેવી જોઈએ.

સારવાર

સારવારના દૃષ્ટિબિંદુથી માઈગ્રેનનું સૌથી નોંધપાત્ર લક્ષણ છે; એનું પુનરાવર્તીપણું (અવારનવાર હુમલા થવા તે). મોટાભાગના દર્દીઓ જ્યારે નવા તબીબને મળે ત્યારે એવી અપેક્ષાથી મળે છે કે તેઓ જડમૂળથી સારા થઈ જશે, થોડાક જ લોકો શિરદર્દના હુમલાઓની સંખ્યા અથવા તીવ્રતામાં થોડી રાહત મેળવવા તેમજ એમના પર સારો કાબૂ મેળવવા માટે તબીબી સલાહ મેળવતા હોય છે. માઈગ્રેનના શ્રેણીબધ્ધ પીડાકારક હુમલા પછી જ ઘણા દર્દીઓને ખ્યાલ આવે છે કે એમના સામાન્ય જીવન અને કાર્યને માઈગ્રેનથી નીપજતાં થાક, નબળાઈ અને શિથિલતાને કારણે કેવું નુકશાન પહોંચે છે. કેટલાક દર્દીઓને તેમની બિમારીની પ્રક્રિયા જાણવામાં, ખાસ કરીને આ બિમારીના હુમલા વારંવાર કેમ થાય છે તે જાણવામાં રસ હોય છે. લખનારને જ્યારે આવા દર્દીનો મુકાબલો થાય છે ત્યારે લખનાર સમજાવે છે કે વ્યક્તિ જન્મજાત એવી (માઈગ્રેન થવાની) સંભાવના સાથે જન્મે છે અને કોઈપણ જાતના તણાવ કે વ્યગ્રતાથી માઈગ્રેન પ્રગટ થાય છે. આવા દર્દીઓ કેટલાક બીજા સવાલો પણ કરે છે. શું જીવન ભર માઈગ્રેનના હુમલા થવાની સંભાવના રહે છે? શું ગમે તેટલો લાંબો સમય માઈગ્રેનથી મુક્ત રહ્યા પછી પણ ફરી માઈગ્રેનનો હુમલો થઈ શકે ? શું કોઈ તણાવ કે વ્યગ્રતાથી કે પ્રસન્નતાથી માઈગ્રેન ઉથલો મારી શકે ? દર્દીએ સમજવું જોઈએ કે જ્યારે જ્યારે અસહ્ય શિરદર્દ થાય ત્યારે દવાની જરૂર પડે છે. તેઓએ એ પણ સમજવું જોઈએ કે માઈગ્રેન લાંબા ગાળાની સારવાર માંગી લે છે. પરિસ્થિતિને વાસ્તવિક રીતે મૂલવવાનો દરેક પ્રયાસ કરવો ખૂબ જરૂરી છે.

માઈગ્રેનના દર્દીઓની ઔષધીય સારવારના ત્રણ મુખ્ય લક્ષ્ય છે :

અવારનવાર થતા હુમલાઓ ઘટાડવા અને તેમનું પુનરાવર્તન કાબૂમાં લેવું.

તોળાઈ રહેલા માઈગ્રેનના હુમલાને અટકાવવો.

માઈગ્રેનના હુમલા દરમિયાન પીડા ઓછી કરવી.

આ મુજબ જ દવાને ત્રણ જૂથમાં વહેંચવામાં આવી છે. માઈગ્રેનના દર્દીએ આ ત્રણે પ્રકારની દવાઓનાં તમામ પાસાં જાણી લેવા જરૂરી છે, એટલે કે દવા પાસે શું અપેક્ષા રાખવી અને દવા કઈ રીતે સલામતીથી વાપરવી તે જાણકારી રાખવી.

પ્રતિરોધ / નિવારણ

માઈગ્રેનના અલગ અલગ દર્દીઓનાં લક્ષણોની તીવ્રતામાં ઘણી ભિન્નતા હોય છે. નેવું ટકા દર્દીઓને હળવા હુમલા થાય છે, જે વારંવાર થતાં નથી. અવારનવાર થતા હુમલાઓ પરત્વે ધ્યાન ન દોરવામાં આવે તો ભૂલી પણ જવાય છે. એક મહિનામાં

ચાર કે તેથી વધુ હુમલા થાય તો દવાઓનો ઉપયોગ કરવો ઔચિત્યપૂર્ણ ગણાય. આગામી હુમલાઓ નિવારવા માટે તજજ્ઞ તબીબે સૂચવેલી દવાઓ જ લઈ શકાય. દર્દીને માઈગ્રેનના પ્રતિરોધ માટે એકવાર દવા શરૂ કરવામાં આવે તો તે નિયમિતપણે, સતત છ થી આઠ અઠવાડિયા સુધી લેવી જરૂરી છે એમ ભારપૂર્વક સમજાવવું જોઈએ. એકવાર હુમલાઓની સંખ્યા ઓછી થાય તો દવાઓ બંધ કરી શકાય અને ફરી હુમલાઓની સંખ્યા વધે તો જ ફરી શરૂ કરવામાં આવે છે. આ પ્રકારની દવાઓ પીડા ઓછી કરવામાં કોઈ ભાગ ભજવતી નથી. આ જૂથની દવાઓમાં મુખ્યત્વે સીપ્રોહેપ્ટીડીન (પેરીએકટીન), પ્રોપ્રેનોલોલ (ઈન્ડેરાલ), મેથીસર્જીસાઈડ (5 એચ.ટી. ગ્રહણકેન્દ્ર ઉત્તેજક) કેલ્શિયમ ચેનલ બ્લોકર (ફ્લુનારીઝીન, નિફેડીપીન), અને ખેંચ પ્રતિકારક દવાઓનો સમાવેશ થાય છે. આમાંથી ઘણી દવાઓ સેરોટોનર્જીક માર્ગ પર અસર કરીને કામ કરે છે. તબીબ આડઅસર નિવારવા આ દવાઓ ઓછી માત્રામાં અને લાંબા સમય સુધી આપે છે, એમાં જ આ દવાની અસરકારકતા છે. કેટલાક મહિલા દર્દીઓમાં માસિક ઋતુધર્મની અગાઉના તણાવના દિવસોમાં આ પ્રકારનો દુઃખાવો વધુ થાય છે. આ ગાળામાં થતું શિરદર્દ કદાચ ઈસ્ટ્રોજન અને પ્રોજેસ્ટેરોનના અસંતુલનને કારણે થાય છે. ખાસ કરીને ઈસ્ટ્રોજન ઓછું થવાથી અને શરીરમાં જળ-સંગ્રહ થવાથી આમ થાય છે. અમુક સ્ત્રીઓમાં સગર્ભાવસ્થા દરમિયાન માઈગ્રેનના હુમલા ઘટી જાય છે. કેટલાક દર્દીઓને એસીટાઝોલામાઈડ (ડાયામોક્સ) નામની દવા, માસિક પહેલાંના ચાર પાંચ દિવસ લેવાથી ફાયદો થાય છે.

શિરદર્દ હુમલો ખાળવો

કેટલાક દર્દીઓને શિરદર્દને શરૂ થવાના થોડા કલાકો પહેલા ચેતવણીસૂચક નિશાનીઓ મળવા લાગે છે. આ જૂથની દવાઓ આપવાનો શ્રેષ્ઠ સમય આજ છે, જ્યારે શિરદર્દ હજુ એની શરૂઆત પહેલાના તબક્કામાં હોય. એકવાર શિરદર્દ ચાલુ થઈ જાય પછી આ જૂથની દવાઓ ઉપયોગી નીવડતી નથી. કોઈપણ કારણોસર જો ચેતવણીસૂચક નિશાનીઓ દરમિયાન જ હુમલો અટકાવી શકાય નહીં અને શિરદર્દ ચાલુ થઈ જાય તો આ જૂથની દવાઓ સામાન્યતઃ વાપરવી ન જોઈએ. છતાં, જો એક ડોઝથી ફાયદો ન થાય અને શિરદર્દ ચાલુ થાય તો પણ બીજો ડોઝ, પ્રથમ ડોઝ આપ્યાના 15 થી 30 મિનિટ જેટલા સમયગાળા દરમિયાન આપી શકાય. આ પ્રમાણે હુમલાને ઊગતાં જ ડામવા માટે તબીબ ડાઈહાઈડ્રોઅર્ગોટિમાઈન (ડી.એચ.ઈ) અને સુમાટ્રીપ્ટાન (5 એચ.ટી-1 ગ્રહણકેન્દ્ર ઉત્તેજક) જેવી દવાઓ સૂચવે છે. સંપૂર્ણ પ્રકારના (ચેતવણીસૂચક લક્ષણવાળાં, ચેતાજન્ય અથવા જટિલ) માઈગ્રેનના કિસ્સામાં આવી દવાઓ વાપરતી વખતે વિશેષ કાળજી રાખવાની જરૂર રહે છે.

પીડા પર કાબૂ મેળવવો

અગાઉ સ્પષ્ટ કર્યા મુજબ કેટલાક દર્દીઓને કલાકો સુધી અસહ્ય પીડા થાય છે. કેટલાક કિસ્સાઓમાં આખો દિવસ પીડાકારક રીતે વેડફાઈ જાય છે. શિરદર્દ પછી દર્દી થાકેલ અને કોઈપણ કામ કરવા માટે અશક્તિમાન હોવાનો અનુભવ કરે છે. દર્દીને પીડામાંથી છૂટકારો જોઈએ છે. વર્ષોના અનુભવે દર્દી જાણી જાય છે કે તેમના માટે કઈ દવા શ્રેષ્ઠ છે. છતાં, એ યાદ રાખવું જોઈએ કે આ જૂથની દવાઓ દરેક દર્દીમાં એકસરખી રીતે અસરકારક નથી. કોઈ એક દવા, એક કિસ્સામાં ખૂબ અસરકારક હોય અને બીજા કિસ્સામાં બિલકુલ નિષ્ફળ નીવડે, એવું પણ બને. તબીબના માર્ગદર્શનથી દરેક દર્દીએ જુદી જુદી દવાઓ વપરાશ કરીને સૌથી ઉપયુક્ત દવા કઈ છે તે શોધી કાઢવું જોઈએ. એવું પણ બને કે એક જ દવા, એક જ દર્દીમાં દર વખતે એકસરખી ફાયદાકારક ન પણ નીવડે. તેથી બીજી દવાઓનો પ્રયોગ પણ કરવો પડે. ઉબકા, ઉલટી અને ચક્કર જેવા લક્ષણો માઈગ્રેનના મોટાભાગના કિસ્સામાં જોવા મળે છે, તેથી દર્દનાશક દવાની સાથે પ્રોકલોરપ્રોમેઝોન (સ્ટેમેટિલ) અથવા ઉલ્ટીની અન્ય દવા આપી શકાય. આ દવાઓ તબીબ સૂચવે તે રીતે દર ચારપાંચ કલાકે મોઢેથી શિરદર્દ સારું થાય ત્યાં સુધી લેવામાં આવે છે. આ દવાઓ સતત ચાલુ રાખવાની જરૂર નથી. કેફી પદાર્થોવિહીન અને સ્ટીરોઈડવિહીન દર્દશામકોની પસંદગી કરવામાં આવે છે જેથી લાંબો સમય દવા લઈ શકાય અને દવાની આદત પડી જવાની સંભાવના ન રહે. કેટલીકવાર સતત ઉલ્ટી થવાને કારણે દર્દી દવા પેટમાં ટકાવી શક્તો નથી. આવા સંજોગોમાં જ્યાં સુધી દર્દી દવા મોંથી ન લઈ શકે ત્યાં સુધી સ્નાયુમાં ઈન્જેક્શન આપવામાં આવે છે. દવાઓ લેવા ઉપરાંત, દર્દીએ અંધકારભર્યા શાંત ઓરડામાં સૂવાનો પ્રયાસ કરવો જોઈએ. દર્દી હળવાશ અને સાંત્વન અનુભવે એ જરૂરી છે. બિનજરૂરી વ્યગ્રતા અને તણાવનો ઈલાજ થવો જોઈએ. એ યાદ રાખવું જોઈએ કે કેટલાક દર્દીઓને માઈગ્રેન અને તણાવનું શિરદર્દ બંને હોય છે. તણાવને કારણે માથાનો દુઃખાવો વધી શકે અને લાંબો સમય ટકી શકે. આગામી પ્રકરણમાં જણાવ્યા મુજબ તણાવના શિરદર્દની સારવાર પણ જરૂરી છે. માઈગ્રેનના હુમલાઓની વચ્ચે દર્દી સામાન્ય સ્થિતિ પ્રાપ્ત કરે છે.

7

તણાવનું શિરદર્દ

પીડા એ વ્યક્તિગત અનુભવ છે. એની વસ્તુલક્ષિતા સ્થાપિત કરવાના અથવા એને સ્વંતત્રપણે મૂલવવાનાં કોઈ ચિહ્નો નથી. પીડા ફક્ત અંગત રીતે જ અનુભવી શકાય છે અને દર્દી એને જે રીતે વર્ણવે, એનું સ્થાન બતાવે અથવા એની તીવ્રતા કહે, એના હેવાલ પર જ તબીબ પૂરેપૂરો આધાર રાખે છે. પીડાનું સંવેદન અમુક ચોક્કસ દ્રષ્ટિકોણથી જોતાં એક રક્ષણાત્મક પ્રક્રિયા છે જે દર્દીને શારીરિક ઈજા કરી શકે એવી વસ્તુઓના સંપર્કથી અથવા નિકટતાથી દૂર રાખવા માટે પ્રેરે છે.

કેટલીકવાર પીડાનું મૂળ જો બહાર અથવા દેખીતું હોય તો તબીબ એને ચકાસી શકે છે. પરંતુ ઘણીવાર તબીબને એવા દર્દી જોવા મળે છે જેમાં પીડાનું કોઈ સ્રોત મળતું નથી. કોઈપણ મૂળ કારણ વગર થતી પીડાને સાઈકોજનિક (મનોજન્ય) પીડા કહે છે.

એવું વ્યાપકપણે જોવા મળે છે કે કેટલાક દર્દીઓ કોઈપણ પ્રકારના દેખીતા કારણ વગર અસામાન્ય તીવ્રતાવાળું દર્દ અવારનવાર અનુભવે છે. અમુક દર્દીઓમાં જે પરિબળ દર્દ ઉત્પન્ન કરી શકે છે તે જ પરિબળ બીજા દર્દીમાં એવું ન પણ કરે. પહેલા પ્રકારના દર્દીઓને "પીડા અભિમુખ" દર્દી કહી શકાય. તેઓમાં પીડા ઉત્પન્ન કરવામાં માનસિક પરિબળો મુખ્ય ભાગ ભજવે છે. પીડા થવાનું કારણ હાજર હોય તો પણ ઘણાને આશ્ચર્ય થતું હશે કે મનોજન્ય પીડા ઘણીબધી વાર મસ્તકસંબંધી જ કેમ હોય છે ? આનો આંશિક જવાબ એ હોઈ શકે કે શરીરમાં મસ્તકનું ખૂબ મહત્ત્વ છે, તેથી આમ થતું હશે. મનોજન્ય પીડા ઘણીવાર હતાશા, વ્યગ્રતા, મેલીન્ગરિંગ (બીમાર હોવાનો ઢોંગ કરવો તે), વળગણની બીમારી અને સ્વાસ્થ્ય વિશે અતિચિંતિતતા (હાઈપોકૉન્ડ્રીયાસિસ) વગેરેની સાથે જોવા મળે છે. આવા દર્દીઓ ઘણીવાર ગુનાહિતતા, સહનશીલતાનો અભાવ અને પરાજિતતાનો ભાવ અનુભવે છે, અથવા દેખાડે છે. માનસિક શિરદર્દને હવે ટેન્શન (તણાવ)ના શિરદર્દ તરીકે ઓળખવામાં આવે છે.

વર્ગીકરણ

તણાવ પ્રકારના શિરદર્દો નીચે પ્રમાણે વર્ગીકૃત કરવામાં આવ્યા છે :

અ. અવારનવાર હુમલાઓ સ્વરૂપે થતું તણાવનું શિરદર્દ :

1. ખોપરીની આસપાસના સ્નાયુઓની તકલીફ સાથે સંબંધિત
2. ખોપરીની આસપાસના સ્નાયુઓની તકલીફ સાથે સંબંધિત ન હોય તેવું.

બ. દીર્ઘકાલીન તણાવજન્ય શિરદર્દ :

1. ખોપરીની આસપાસના સ્નાયુઓની તકલીફ સાથે સંબંધિત
2. ખોપરીની આસપાસના સ્નાયુઓની તકલીફ સાથે અસંબંધિત

ક. ઉપરોક્ત બંને સિવાયના પ્રકારનું તણાવનું શિરદર્દ.

પ્રક્રિયા

વર્ષો સુધી એમ માનવામાં આવતું હતું કે તણાવનું શિરદર્દ સ્નાયુઓના અતિશય સંકુચનના કારણે થાય છે. તો ય ઘણા એવા કિસ્સાઓ પણ જોવા મળ્યા છે કે જેમાં લક્ષણો તણાવનાં શિરદર્દ જેવાં જ હતાં, છતાં સ્નાયુઓનુ સંકુચન ગેરહાજર હતું અથવા નિદર્શિત થઈ શક્યું ન હતું. જો કોઈ વ્યક્તિએ એની સહનશક્તિની મર્યાદા કરતાં વધુ લક્ષણો (તકલીફો) ભોગવવી પડે તો એ વ્યક્તિમાં શારીરિક પ્રત્યાઘાત શરૂ થઈ જાય છે, જેમાં શિરદર્દ સૌથી વ્યાપક (સામાન્ય) ફરિયાદ છે. અને જેમ શિરદર્દની તીવ્રતા અને એના હુમલાની સંખ્યા વધવા માંડે તેમ તેમ દર્દી માનતો થઈ જાય છે કે એની બીમારી માનસિક નહીં પરંતુ શારીરિક જ છે.

સંશોધન દરમિયાન સ્નાયુઓનું સંકુચન સ્પર્શ દ્વારા પ્રેશર આલ્ગોમીટર દ્વારા અને ઈલેક્ટ્રોમાયોગ્રાફી દ્વારા તપાસવામાં આવ્યું હતું. અલગ અલગ સંશોધકોના નિરીક્ષણોમાં ફરક હતો, પરંતુ એવું તો સ્થાપિત થઈ ગયું કે ખોપરીના સ્નાયુઓના સંકુચન અને શિરદર્દ વચ્ચે કોઈ સીધો અને સરળ સંબંધ નથી. એવું નિર્દિષ્ટ કરાયું હતું કે તણાવનું શિરદર્દ થવા માટે મસ્તક અને ગળાના સ્નાયુઓનું અતિશય સંકુચન અનિવાર્ય નથી. જો કે શિરદર્દની તીવ્રતા અને સમયાવધિ પર એની અસર હોઈ શકે. એવું વિચારાયું હતું કે અતિશય સ્નાયુ સંકુચનની સાથે સાથે સ્નાયુઓમાંની ધમનીઓનું પણ સંકુચન થવાથી રક્તાવરોધને કારણે પીડા થતી હશે. પરંતુ એ પણ અદ્યતન સંશોધનોમાં પુરવાર થઈ શક્યું નથી. હમણાંના વર્ષોમાં આંતરિક પીડા નિયમન પ્રક્રિયાના સિધ્ધાંતને સમર્થન મળવા લાગ્યું છે. ઓપિયેટ ગ્રહણ કેન્દ્રો તેમજ સેરોટોનર્જીક વહનવ્યવસ્થા બંને ને સાંકળતી આંતરિક પીડા નિયમન પ્રક્રિયામાં કોઈક ક્ષતિ હોઈ શકે. આ તંત્રમાં થતા જૈવ- રાસાયણિક ફેરફારો પારખી શકાય છે અને

તણાવના શિરદર્દ સાથે સંકળાયેલા માનસિક પરિબળો દ્વારા આવા ફેરફારો થઈ શકે છે તે નોંધી શકાય છે.

શારીરિક તપાસકીય લક્ષણો

સામાન્યતઃ તણાવનું શિરદર્દ હળવું હોય છે, પરંતુ કોઈવાર તીવ્ર પણ હોય. સામાન્ય પ્રકારના શિરદર્દથી વિપરીત રીતે આ શિરદર્દમાં માથામાં સજ્જડતા, ભારેપણું અથવા મંદતા જેવા અનુભવ થાય છે. તણાવનું શિરદર્દ અસ્પષ્ટપણે વ્યાપી, બંને બાજુઓને આવરતું અને કેટલીકવાર બોચી સુધી વ્યાપેલું હોય છે. આ શિરદર્દ અઠવાડિયાઓ, મહિનાઓ સુધી સતત ટકી શકે અને તીવ્રતામાં પણ ભાગ્યે જ ફેરફાર થાય છે. મગજનું કોઈ ચોક્કસ કેન્દ્ર અસરગ્રસ્ત થતું હોય એવાં ચિહ્નો તણાવનાં શિરદર્દમાં જોવાં મળતાં નથી. જિંદગીના પહેલા દસકા અથવા તરુણાવસ્થામાં શરૂ થતા માઈગ્રેનથી વિપરીત, આ તણાવનું શિરદર્દ મોટાભાગના દર્દીઓમાં પુખ્તવયે શરૂ થાય છે. જો કે ક્વચિત્, અમુક દર્દીઓમાં એ વહેલી ઉંમરે શરૂ થઈ શકે. માઈગ્રેનની જેમ જ તણાવનું શિરદર્દ પણ પુરૂષો કરતાં સ્ત્રીઓમાં વધુ વ્યાપક હોય છે.

તાણ કે અન્ય માનસિક સમસ્યાઓ તણાવના શિરદર્દની તીવ્રતા, વ્યાપકતા અને સમયાવધિમાં વધારો કરે છે. સામાન્ય રીતે એમાં ઉબકા-ઉલ્ટી થતાં નથી કે આંખો સામે કાળાં ટપકાં દેખાતાં નથી. તણાવ શિરદર્દના દર્દીઓ રાત્રિની નિદ્રા પછી તાજગીસભર અને શિરદર્દથી મુક્ત હોય છે. પરંતુ જેમ જેમ દિવસ આગળ વધે છે તેમ તેમ મોડી બપોર અથવા સાંજ સુધી દર્દ વધે છે અને દર્દી દયામણો અને શિથિલ થઈ જાય છે. આમાંના ઘણાં દર્દીઓમાં હતાશા, વ્યગ્રતા અથવા હિસ્ટીરીયા જેવા માનસિક લક્ષણો જોવા મળે છે. પરિણામ સ્વરૂપે તેમની ફરિયાદો વિશે તેમની અલગ ધારણાઓ-માન્યતાઓ પણ જોવા મળે છે. ઘણીવાર એમના મનમાં, મગજની ગાંઠ હોય એવી છૂપી ચિંતા હોય છે. તેથી એ સંભાવનાનો લોપ કરવા માટે તેઓ સી.ટી. અથવા એમ.આર.આઈ. જેવા પરીક્ષણો કરવાની માંગ કરે છે. મોટા ભાગના દર્દીઓની તંત્રવાર તેમજ ચેતાતંત્રની તપાસમાં કંઈ જ અસામાન્યતા જોવા મળતી નથી. માનસિક ચકાસણીમાં વ્યગ્રતા, હતાશા અથવા તણાવના ચિહ્નો કદાચ મળી આવે. છતાં, અમુક કિસ્સાઓમાં માથા અને ગળાના સ્નાયુઓનું સંકુચન અથવા સજ્જડતા જોવા મળે છે. આ ચિહ્નની ચકાસણી ઈ.એમ.જી. અથવા પ્રેશર આલ્ગોમીટરથી પણ થઈ શકે. આવા કિસ્સાઓમાં સી.ટી. અથવા એમ.આર.આઈ. જેવા પરીક્ષણોમાં કંઈ અસામાન્યતા પકડાતી નથી, છતાં કેટલીકવાર દર્દીની ચિંતા ઓછી કરી, વિશ્વાસ પુનઃ સ્થાપિત કરવા માટે આવી તપાસ કરવી પડે છે.

નિદાન માટેના માપદંડ

આંતરરાષ્ટ્રીય શિરદર્દ વર્ગીકરણ સમિતિએ તણાવના શિરદર્દને પારખવા માટે, નિદાન માટેના કેટલાક સામાન્ય માપદંડો સૂચવ્યા છે, જે નીચે પ્રમાણે છે :

અ. 30 મિનિટથી 7 દિવસ સુધી ચાલતું શિરદર્દ

બ. નિમ્નલિખિતમાંથી ઓછામાં ઓછા બે ગુણધર્મ :
   1. સક્ક્ડ, દબાણયુક્ત પીડા (લપકારાનો અભાવ)
   2. હળવી અથવા મધ્યમસરની તીવ્રતા
   3. બંને બાજુની પીડા
   4. દાદર ચઢવા ઊતરવાથી અથવા એના જેવી સામાન્ય શારીરિક કસરતથી ન વધતી પીડા

ક. નિમ્નલિખિતમાંથી બંને :
   1. ઊબકા અથવા ઊલટીનો અભાવ
   2. પ્રકાશની અથવા અવાજની અસહ્યતાનો અભાવ અથવા બેમાંથી વધુમાં વધુ એક જ હોય એવું શિરદર્દ

મસ્તક અથવા ગરદનના સ્નાયુઓની તકલીફ સંબંધિત હોવાનાં માપદંડ

નિમ્નલિખિતમાંથી ઓછામાં ઓછું એક હાજર હોય :

1. ખોપરીની આસપાસના સ્નાયુઓને અડકવાથી થતી પીડા, જે સ્પર્શ અથવા પ્રેશર આલ્ગોમીટર દ્વારા દર્શાવી શકાય.
2. શારીરિક તપાસ દરમિયાન અથવા આરામ દરમિયાન ખોપરીની આસપાસના સ્નાયુઓના ઈ.એમ.જી. લેવલમાં થતો વધારો.

અલગ અલગ હુમલારૂપે થતા તણાવના શિરદર્દ માટે માપદંડ

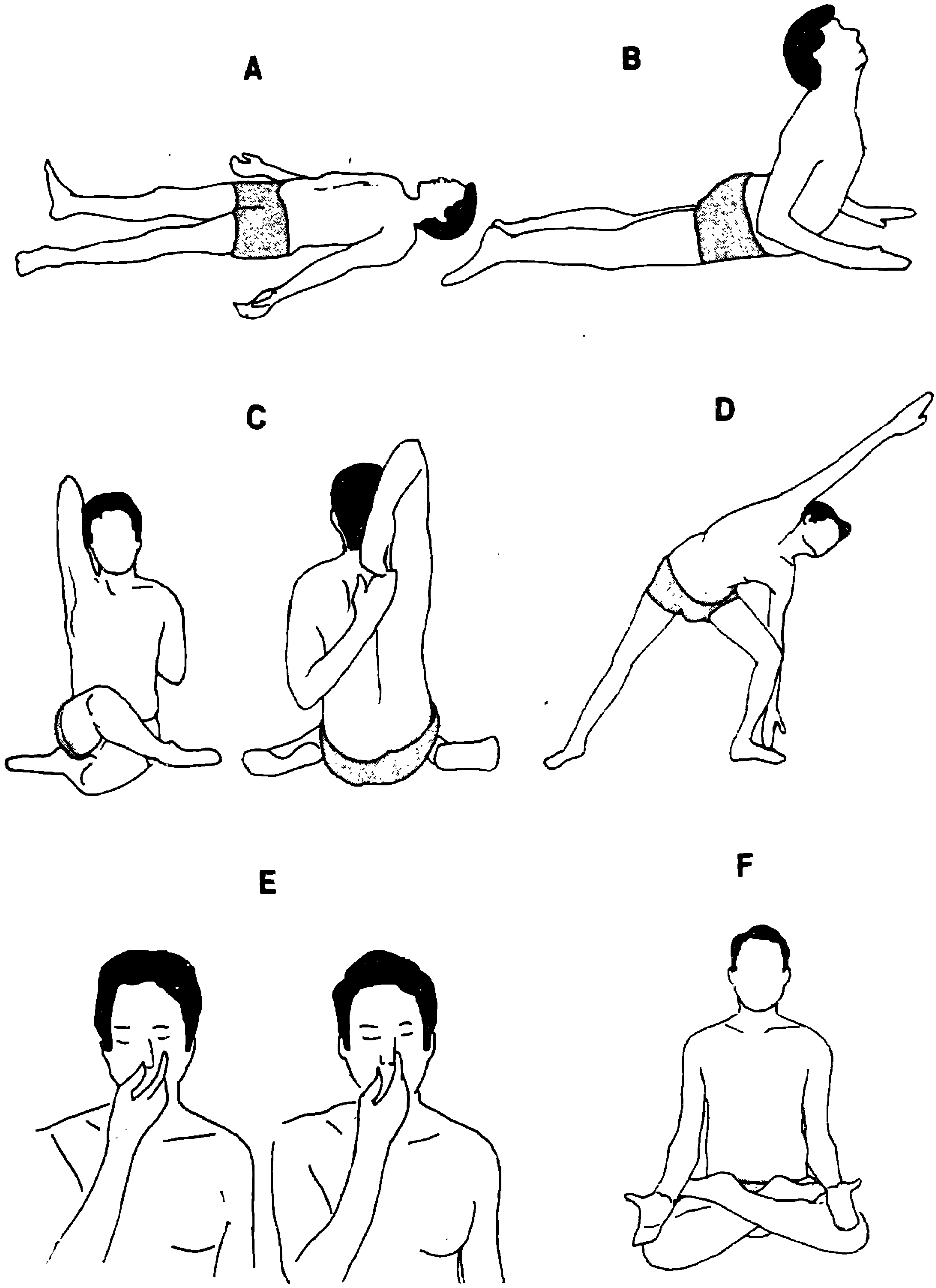
નિંદાન માટેના સામાન્ય માપદંડને સંતોષતા ઓછામાં ઓછા દશ હુમલા, તેમ જ વર્ષમાં 180 કરતાં ઓછા દિવસ માટે થતું શિરદર્દ.

દીર્ઘકાલીન તણાવજન્ય શિરદર્દના નિદાનનાં માપદંડ

મહિનામાં પંદર દિવસ કરતાં વધુ (વર્ષમાં 180 દિવસ) ચાલતું શિરદર્દ, જે છ મહિના કરતાં વધુ સમય ચાલુ રહે.

સારવાર

શિરદર્દનાં ક્લિનિકમાં અથવા મગજના રોગોના ક્લિનિકમાં બતાવવા આવતા દર્દીઓમાંથી 65-70 ટકા દર્દીઓ તણાવ શિરદર્દના શિકાર હોય છે. તેમાંના



આકૃતિ 8. અહીં તણાવના શિરદર્દમાં રાહત મેળવવા માટેના કેટલાક ઉપયોગી યોગાસનો દર્શાવાયાં છે.

મોટાભાગનાઓએ સંખ્યાબંધ તબીબોની મુલાકાત લીધી હોય છે અને શિરદર્દ માટે સામાન્યપણે ઉપલબ્ધ હોય એવી ગોળીઓ પણ લીધેલી હોય છે. તેમનામાંથી ઘણાંને એવો ભય હોય છે કે મગજની ગાંઠ અથવા ન ઓળખી શકાયેલી મગજની કોઈ ગંભીર બીમારી હોઈ શકે અને તેથી જો તેમને નવેસરથી દર્દશામક દવાઓ લખી આપવામાં આવે તો તેઓ સંતુષ્ટ થતા નથી. આવા દર્દીઓ માટે તલસ્પર્શી શારીરિક તપાસ અને પહેલાં ન કરાવ્યા હોય એવાં પરીક્ષણો કરવા જરૂરી બને છે. એમ કરવાથી એમનો વિશ્વાસ વધે છે. અગાઉના પ્રકરણમાં ઉલ્લેખ ક્યા મુજબ તબીબ આવા કિસ્સામાં દર્દી સાથે બીમારીની પ્રક્રિયા અને દર્દીના આંતર્-વ્યક્તિ સંબંધોની એના પર થતી અસર વિશે વિસ્તૃત ચર્ચા કરશે. શારીરિક તપાસ અને જરૂરી પરીક્ષણો કર્યા પછી જો મગજમાં કોઈ ગંભીર ઈજા કે નુકસાન ન જણાય તો દર્દીને સાંત્વન મળશે.

સારવારની પદ્ધતિઓ

ક. ***મનોચિકિત્સા :*** કોઈ પણ છૂપી માનસિક બીમારીની કાળજીપૂર્વક ચકાસણી અને સારવાર થવી જોઈએ. શિરદર્દ પર થતી માનસિક પરિબળોની અસર વિશે દર્દીને માહિતગાર કરવો જોઈએ. યોગ્ય ઔષધોપચાર ઉપરાંત સમૂહ મનોચિકિત્સા, હળવાશ માટેની કસરતો અને હીપ્નોસિસ વગેરેનો જરૂર જણાય તો આશરો લઈ શકાય. એ સમજવું જરૂરી છે કે જો સંબંધિત અથવા આંતરિક માનસિક બીમારીનો ઈલાજ ન થાય તો શિરદર્દમાં રાહત મળી શકે નહીં. કેટલીકવાર માનસિક રોગના નિષ્ણાત અથવા મનોચિકિત્સાના નિષ્ણાતની સેવાઓ ઉપયોગી થઈ શકે.

ખ. ***શારીરિક ચિકિત્સા :*** કેટલાક દર્દીઓને તેમના શિરદર્દમાંથી રાહત મેળવવા માટે કોઈક પ્રકારની શારીરિક ચિકિત્સાની જરૂર પડે છે. શિરદર્દ માટે માથે કપડાનો પાટો સજ્જડપણે બાંધી રાખતા દર્દી અવારનવાર જોવા મળે છે. કેટલાક દર્દીઓ માથે તેલ લગાડે છે અથવા માલિશ કરાવે છે. આવી ક્રિયાઓ ચાલુ રાખવામાં કોઈ હાનિ નથી, કેમ કે, કદાચ અમુક અંશે આનાથી ફાયદો પણ થાય. યોગાસનો પણ અમુક કિસ્સાઓમાં ઉપયોગી છે. તેઓ સામાન્યપણે મગજની એકાગ્રતા અને હળવાશમાં સુધારો કરે છે અને વિશ્વાસ ઉત્પન્ન કરે છે. કેટલાક યોગાસનો આકૃતિ-૪માં દર્શાવાયા છે. બીજી હળવાશની કસરતો અને સ્નાયુની લંબાઈમાં વધારો-ઘટાડો કર્યા વિનાની કસરતો પણ એ જ રીતે ઉપયોગી છે. વાઈબ્રેટર (આંદોલન ઉત્પન્ન કરનાર યંત્ર), મસાજ, અલ્ટ્રાસાઉન્ડ જેવી આધુનિક શારીરિક ચિકિત્સા તેમજ એરોબિક્સની કસરતો પણ એ જ રીતે ઉપયોગી છે.

ગ. ***ઔષધ-ચિકિત્સા :*** શિરદર્દના મોટાભાગના દર્દીઓને દર્દશામક દવાની જરૂર પડે છે. કેફી દ્રવ્યોયુક્ત અને સ્ટીરોઈડયુક્ત દવાઓ, પાછળથી જટિલ તકલીફ થવાની અથવા આદત પડી જવાની ભીતિને કારણે ત્યાજ્ય છે. શરૂઆતમાં માત્ર એક દવા વાપરવી જોઈએ અને પછીથી તબીબની સલાહ પ્રમાણે દવાઓના સંયોજન વાપરી શકાય. સમય સમય પર દવાઓ બદલવાનો વિચાર ખોટો નથી, કારણ કે એવું જોવા મળ્યું છે કે એક જ દવાની અસરકારકતા લાંબો સમય સુધી ટકતી નથી. ગોળીઓનું સેવન પણ મર્યાદિત હોવું જોઈએ. જ્યારે શિરદર્દ તીવ્ર અને અસહ્ય હોય ત્યારે જ ગોળી લેવી જોઈએ. હળવા અથવા સહ્ય શિરદર્દ માટે ગોળી ન લેવી જોઈએ. આ અંગે તબીબે કાળજીપૂર્વક સૂચના અને ચેતવણી આપવી જોઈએ.

આમ તણાવના શિરદર્દને કાબૂમાં લેવા માટે ઘણીવાર બહુ-આયામી અભિગમ અપનાવવો પડે છે. જો દર્દીને બીમારીની આંતરિક પ્રક્રિયાનો ખ્યાલ આવી જાય અને મગજની કોઈ ગાંઠ કે કોઈ મોટી બીમારી નથી એવી શ્રદ્ધા બેસે, તો માત્ર એટલાથી જ ઘણો ફાયદો થાય છે.

8

ક્લસ્ટર શિરદર્દ

ભૂતકાળમાં ક્લસ્ટર શિરદર્દને અનેક નામથી ઓળખવામાં આવતું હતું. જેમ કે (હોર્ટનનું) હિસ્ટામીન કેફાલ્જીયા, માઈગ્રેનસ ન્યૂરાલ્જીયા, પેરોક્સીસ્મલ નોકચુરલનલ કેફાલ્જીયા, વિગેરે. હવે ક્લસ્ટર શિરદર્દ વધુ ઉચિત અને વૈશ્વિક ધોરણે સ્વીકૃત નામ છે. "ક્લસ્ટર" શબ્દ એક વિશિષ્ટ લક્ષણ ઢબ માટે વપરાય છે. ખૂબ ઓછા સમયગાળામાં વારંવાર થતાં અને પછી લાંબા સમય સુધી ન જોવાં મળતાં શિરદર્દના હુમલાને કલસ્ટર શિરદર્દ કહે છે. શિરદર્દ ઉપરાંત ક્લસ્ટરની આવી ઢબ વાઈ જેવી અમુક બીમારીઓમાં પણ જોવા મળે છે.

માઈગ્રેનથી વિપરીત કલસ્ટર શિરદર્દ મુખ્યત્વે પુરુષોને થતી બીમારી છે. જો કે, એ ગમે તે ઉંમરે થઈ શકે, પરંતુ પુખ્ત વયમાં એ વધુ વ્યાપકપણે જોવા મળે છે. સતત એક જ તરફ આંખ કે લમણાં પાસે થતો દુ:ખાવો, એ એનું વિશેષ લક્ષણ છે. શિરદર્દના હુમલા રોજ રાત્રે અથવા દિવસ અને રાત દરમિયાન અનેકવાર ચાર થી આઠ અઠવાડિયા સુધી થાય છે. પછી એક-બે વર્ષ સુધી દર્દીને સંપૂર્ણ આરામ રહે છે. ક્લસ્ટર શિરદર્દ એ શિરદર્દનું કદાચ સૌથી તીવ્ર સ્વરૂપ છે. અમુકવાર એ એટલું તીવ્ર હોય છે કે દર્દી ભરઊંઘમાંથી ઊઠી જાય છે. પીડા પ્રથમ આંખની આસપાસ અને ઊંડે સુધી થાય છે. પછી તે જ તરફનાં કપાળ, લમણાં અથવા ચહેરા સુધી ફેલાય છે. શિરદર્દ અચૂકપણે લપકારા વગરનું હોય છે અને સાથે જે તે તરફની આંખની લાલાશ, આંખ અને નાકનું ગળવું અને નાકમાં સક્ક્ડતાનો અનુભવ થવો, વગેરે ચિહ્નો જોવા મળે છે. કોઈ ચેતવણીસૂચક લક્ષણો હોતાં નથી. દસ-પંદર મિનિટમાં પીડા ચરમસીમાએ પહોંચે છે અને 45-60 મિનિટ સુધી રહે છે. ઊબકા અને ઊલ્ટી થઈ શકે, પરંતુ માઈગ્રેન કરતા એનું પ્રમાણ ઓછું હોય છે. સાથે સાથે અનિચ્છાવર્તી તંત્રના વિક્ષેપો જેવા કે આંખની કીકી ઝીણી થવી, પાંપણ ઢળી જવી, મોં લાલ થવું, ગાલ પર સોજો આવવો વગેરે જોવા મળે છે. હુમલા દરમિયાન જે તે તરફથી ગળાની કેરોટિડ ધમની અને લમણાની ટેમ્પોરલ ધમનીને અડકવાથી પીડા થાય છે. હુમલાની પીડા જેટલી ઝડપથી વધે છે એટલી જ ઝડપથી ઓસરે છે. હુમલાની સંખ્યા, માથાની અસરગ્રસ્ત બાજુ, હુમલાઓનો સમયગાળો અને રાહતની અવધિ વગેરે બાબતોમાં વ્યક્તિ વ્યક્તિમાં ખાસું સાતત્ય જોવા મળે છે.

પચાસ ટકાથી વધુ દર્દીમાં ક્લસ્ટર શિરદર્દ રાત્રે થાય છે અને ઘડિયાળના કાંટાની નિયમિતતાથી થાય છે. ઘણાં દર્દીઓ અસામાન્ય વ્યગ્રતા કે તાણ અનુભવતાં નથી. ક્લસ્ટર શિરદર્દના કેટલાક દર્દીઓ સાથે સાથે માઈગ્રેનથી પીડાતાં હોવાની પણ માહિતી આપે છે. ઊંઘતા ક્ષણિક શ્વાસ બંધ થઈ જવાની બીમારીમાં ઑક્સીજનનો પુરવઠો ઘટવાથી પણ ક્લસ્ટર શિરદર્દની શરૂઆત થઈ શકે.

ક્લસ્ટર શિરદર્દનું કારણ અને પ્રક્રિયા હજી બરાબર સમજી શકાયા નથી. મૂળભૂત બીમારી ઉત્પન્ન કરનાર શારીરિક પ્રક્રિયા ટ્રાઈજેમિનલ રક્તવાહિની તંત્ર સાથે સંબંધિત હોવાનું સ્વીકારાયું છે. હાઈપોથેલેમસમાં આવેલા કેન્દ્રીય પેસમેકર (ગતિનિયંત્રક) દ્વારા પરંપરિત રીતે (વારંવાર) ઉત્પન્ન થતી દર્દની લાગણી આ તંત્રના અંતિમ સામાન્ય પીડામાર્ગ દ્વારા પ્રગટ થાય છે.

વર્ગીકરણ અને નિદાનના માપદંડ

ઈન્ટરનેશનલ હેડએક સોસાયટીએ ક્લસ્ટર શિરદર્દ અને ક્રોનિક પેરોક્ઝીસ્મલ હેમીક્રેનિયા (મસ્તકની અડધી બાજુએ થતાં શિરદર્દ)નું નીચે પ્રમાણે વર્ગીકરણ કર્યું છે :

1. ક્લસ્ટર શિરદર્દ
   - 1.1 અનિશ્ચિત આવર્તનવાળું ક્લસ્ટર શિરદર્દ
   - 1.2 આવર્તનવાળું શિરદર્દ
   - 1.3 દીર્ઘકાલીન ક્લસ્ટર શિરદર્દ
2. જૂનું અચાનક થતું એક તરફનું શિરદર્દ
3. ક્લસ્ટર શિરદર્દ જેવી, પરંતુ ઉપરના માપદંડને ન સંતોષતી બીમારી.

ક્લસ્ટર શિરદર્દના નિદાનના માપદંડ નીચે મુજબ છે :

અ. ગુણધર્મ ખ થી ઘ ને સંતોષતા પાંચ હુમલા.

બ. સારવાર ન કરવામાં આવે તો 15 થી 180 મિનિટ ટકતી એક તરફની આંખ તેમ જ આંખની ઉપર તેમ જ લમણાં પાસે થતી પીડા

ક. પીડા થતી હોય તે તરફ નીચેમાથી ઓછામાં ઓછું એક ચિહ્ન હોવું જરૂરી :

1. આંખની લાલાશ
2. આંખ ગળવી
3. નાકમાં સોજો
4. શરદી
5. કપાળ અને ચહેરા પર પરસેવો
6. કીકી નાની થવી
7. પાંપણ ઢળી પડવી
8. પાંપણનો સોજો

9. આંતરે દિવસે એક હુમલાથી માંડીને દિવસના આઠ હુમલા થવા.

ઘ. આંતરે દિવસે એક હુમલાથી માંડીને દિવસના આઠ હુમલા થવા.

આવર્તનવાળા ક્લસ્ટર શિરદર્દના નિદાન માટેના માપદંડ

ક. ઉપર જણાવેલ ક્લસ્ટર શિરદર્દના તમામ માપદંડ

ખ. સાત દિવસથી એક વર્ષ જેટલી સમયાવધિમાં ઓછામાં ઓછામાં બે સમયગાળા જે દરમિયાન શિરદર્દના અવારનવાર હુમલા થયા હોય. આવા બે સમયગાળા વચ્ચે ઓછામાં ઓછું 14 દિવસનું અંતર હોવું જરૂરી છે.

દીર્ઘકાલીન ક્લસ્ટર શિરદર્દ

ક. ક્લસ્ટર શિરદર્દના તમામ માપદંડ

ખ. એક વર્ષ સુધી રાહતનો સમયગાળો આવે જ નહીં અથવા રાહતનો ગાળો 14 દિવસ કરતા ઓછો હોય. એવી બીજી પણ કેટલીક સ્થિતિઓ છે જેમાં અમુક લક્ષણો ક્લસ્ટર શિરદર્દ જેવા હોય, પરંતુ ક્લસ્ટર શિરદર્દ એટલું વિશિષ્ટ છે કે નિદાનમાં ખાસ તકલીફ થતી નથી. તે છતાં, ખાસ કરીને અનિચ્છાવર્તી તંત્રના ચિહ્નોવાળી અન્ય સ્થિતિ, ક્લસ્ટર શિરદર્દ હોય એવો ભ્રમ ઊભો કરે છે. આવી સ્થિતિ હોવાની મજબૂત શંકા હોય ત્યારે સી.ટી., એમ.આર.આઈ. કે એન્જીયોગ્રાફી કરવા જરૂરી બને છે. ભારતમાં ક્લસ્ટર શિરદર્દના વધારે કેસ જોવા મળતા નથી. એની વ્યાપકતા માઈગ્રેનના શિરદર્દ કરતાં તો ઓછી જ છે.

સારવાર

એકલી, અથવા સંયોજનમાં વપરાતી દર્દશામક દવાઓ ક્લસ્ટર શિરદર્દની સારવારમાં મહત્ત્વનો ભાગ ભજવતી નથી. દવાઓનો અવારનવાર ઉપયોગ, ખાસ કરીને કેફી દવાઓનો ઉપયોગ સમસ્યાકારક નીવડી શકે. આવા અવારનવાર થતાં શિરદર્દ માટે પસંદગીની અને અસરકારક સારવાર ઑક્સીજન છે. શિરદર્દની શરૂઆતમાં પાંચથી આઠ લીટર પ્રતિ મિનિટ જેટલો ઑક્સીજન દશ મિનિટ સુધી લેવાથી સારી અસર થાય છે. જો પીડા ફરી થાય તો ફરી ઑક્સીજન લેવો જોઈએ. તબીબના સૂચવ્યા પ્રમાણે સૂતી વખતે અર્ગોટેમાઈન નામની દવાનો એક ડોઝ ઉપયોગ થઈ શકે. શિરામાં અથવા સ્નાયુમાં અપાતો ડાઈહાઈડ્રોઅર્ગોટેમાઈનનો ડોઝ પણ અસરકારક છે. સુમાટ્રીપ્ટાન, 5 એચ.ટી-1 ઉત્તેજક, પણ અસરકારક હોવાનું કહેવાય છે. સ્ટીરોઈડયુક્ત દવાઓ અમુક સમયે મદદરૂપ થઈ શકે. પ્રતિરોધક દવાઓમાં અગ્રોટેમાઈન અને વેરાપામિલનું સંયોજન એ પસંદગીની દવા છે. દીર્ઘકાલીન કલસ્ટર શિરદર્દની સૌથી અસરકારક સારવાર વેરાપામિલ અને લિથિયમના સંયોજનથી કરી શકાય છે. કેટલાક પરીક્ષણો અનુસાર "ટ્રાઈજેમિનલ રેડિયોફ્રિક્વન્સી ગેન્ગલીયોરાઈઝોલાઈસિસ," નામની શસ્ત્રક્રિયા જેમને દવાથી ફાયદો ન થાય એવા દર્દીમાં ખૂબ ઉપયોગી છે. જાતે દવા કરવાનું વલણ ટાળવું જોઈએ અને તજજ્ઞ તબીબની સલાહ લેવી જોઈએ.

9

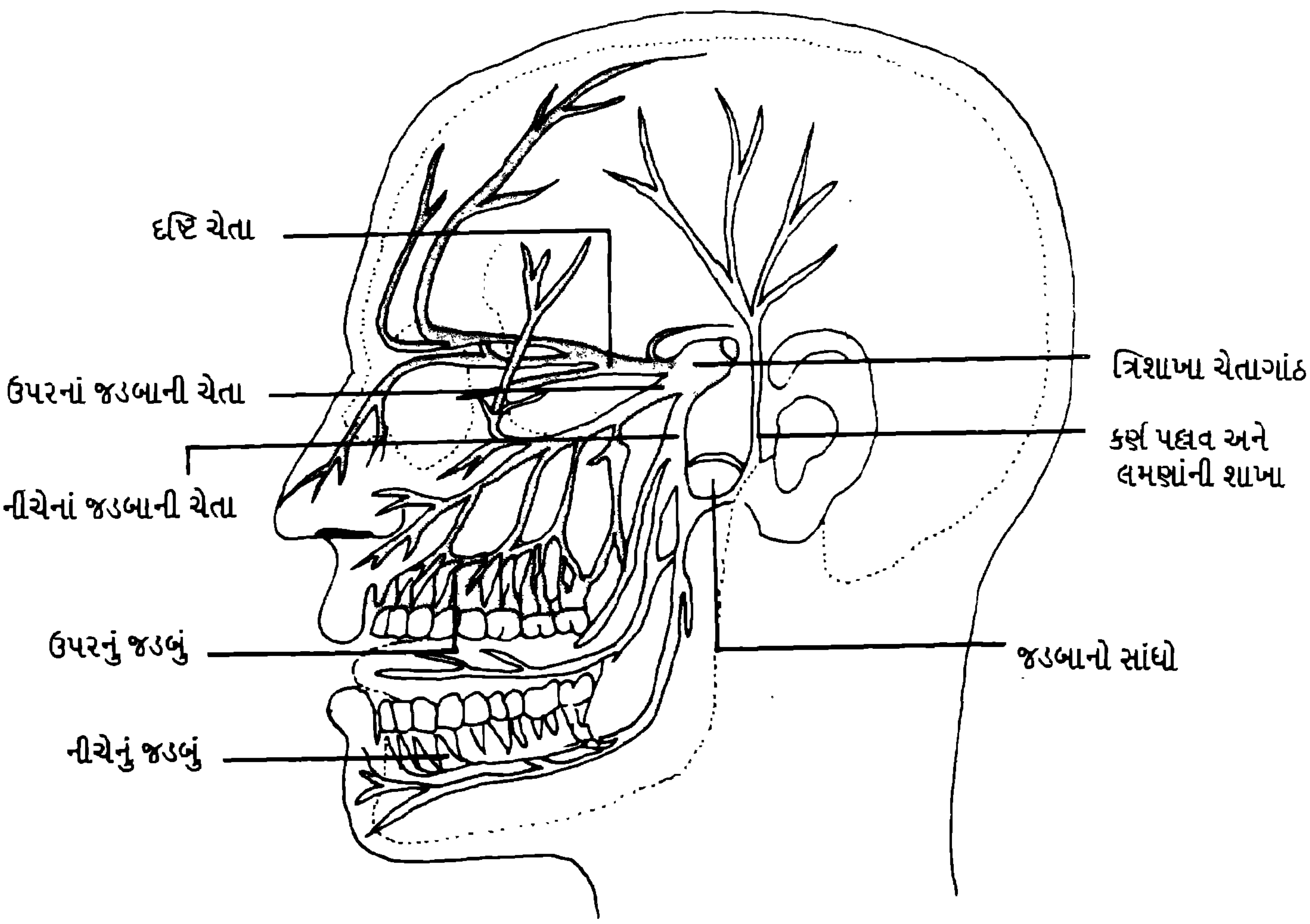
રીફર્ડ પીડા

(એક જગ્યાએ ઉત્પન્ન થતી, છતાં બીજી જગ્યાએ અનુભવાતી પીડા)

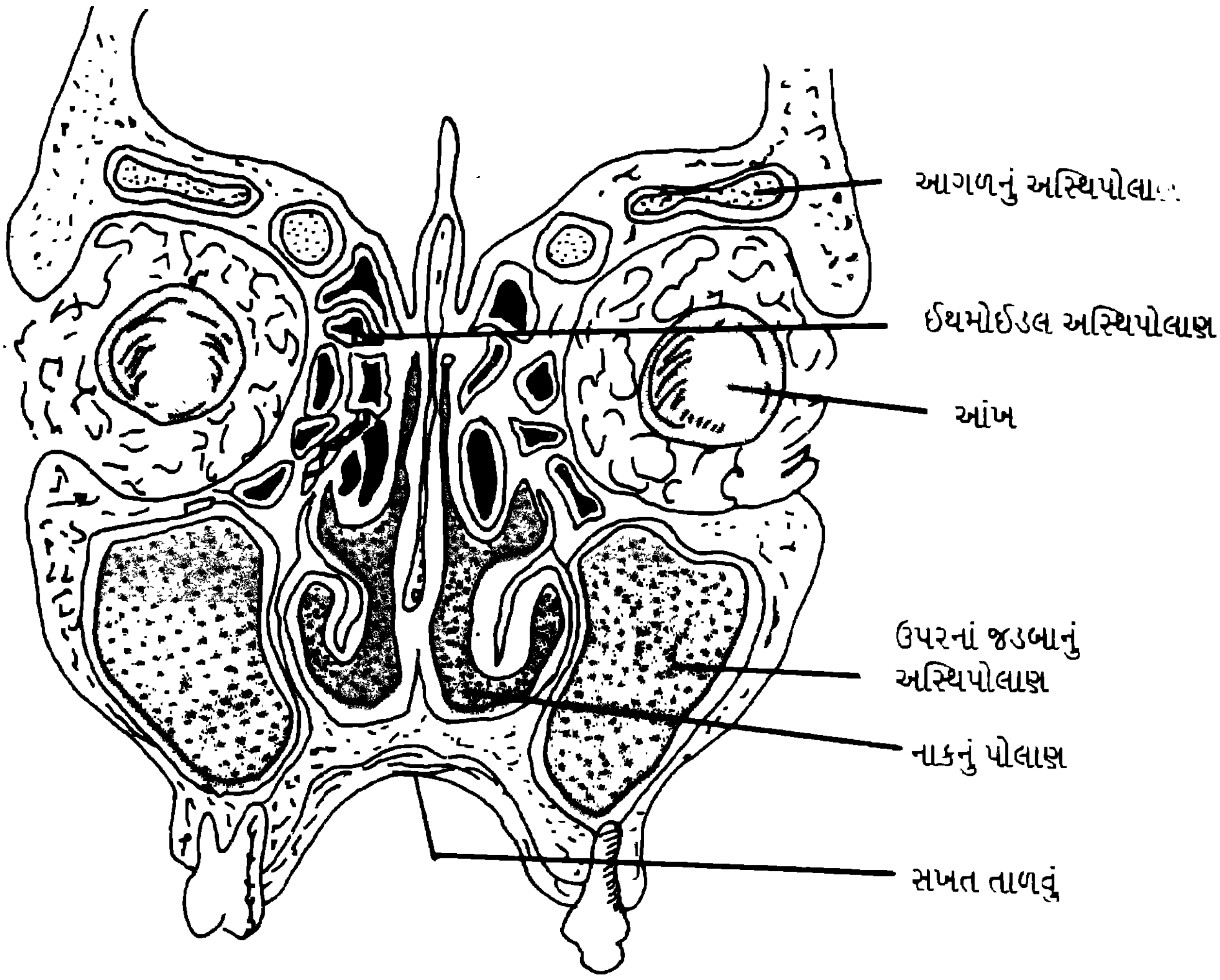
પીડાનું મૂળ એક જગ્યાએ હોય અને પીડા બીજી અલગ જગ્યાએ અનુભવાય એ ઘટનાને રીફર્ડ પીડા તરીકે ઓળખવામાં આવે છે. આવી રીતે શિરદર્દ તરીકે રીફર્ડ પેઈન જે સ્થળેથી અનુભવાય, એ સ્થાનોમાં કાન, નાક, નાકની આજુબાજુના અસ્થિપોલાણો (સાઈનસ), આંખ, દાંત, મુખગુહા, ગળું અને બોચીનો સમાવેશ થાય છે. આ સ્થાનોના કોઈપણ પ્રકારનો ચેપ કે સોજો પીડા ઉત્પન્ન કરી શકે. આ પીડા હળવી હોય છે અથવા બીમારીના અમુક તબક્કે બિલકુલ અનુભવી શકાતી નથી. પરંતુ કેટલીક વાર માથાના નજીકના અથવા દૂરના વિસ્તારમાંથી દર્દ થતું હોય તે રીતે પ્રગટ થાય છે. આ તમામ સ્થળો, જ્યાંથી પીડા શિરદર્દ રૂપે પ્રગટ થઈ શકે, એ સૌ મસ્તકની આજુબાજ આવેલા છે. આ સ્થળોનાં ચેતાકરણ અને રક્તપ્રવાહ, મસ્તકનાં ચેતાકરણ અને રક્તપ્રવાહ સાથે સરખાપણું ધરાવે છે. શિરદર્દ થવાનું કારણ પણ નિકટતા તેમ જ રક્તપ્રવાહ અને ચેતાકરણનું સામ્ય જ છે. છતાં, એ જણાવવું જોઈએ કે પીડાનું મૂળ મગજની અંદર હોય અને પીડા ઉપરોક્ત સ્થળોએ થાય એવું ભાગ્યે જ બને છે.

શું આ પ્રકારની રીફર્ડ પીડાના એવા કોઈ લક્ષણો છે જેથી દર્દી અને તબીબ એને ઓળખી શકે ? સીધોસટ જવાબ "ના" છે. છતાં, શારીરિક તપાસના પ્રકરણમાં વર્ણવ્યા મુજબ, પીડાની ઢબની પરખ એ સાચા નિદાન તરફનો સૌથી સારો રસ્તો છે. જો જાણીતી ઢબ કરતાં, અલગ અલગ પડતાં, અથવા ફંટાતા અસામાન્ય અથવા અસાધારણ લક્ષણો નજરે ચઢે તો તબીબ એની તપાસ અને પરીક્ષણનો વ્યાપ વિસ્તારવાની કાળજી લે છે. અગાઉ ભારપૂર્વક કહેવાઈ ચૂક્યું છે કે માત્ર કાળજીપૂર્વક અને વિશદ્ રીતે મેળવેલી માહિતીના આધારે પીડાની ઢબ ઓળખી શકાય છે. તેથી જ તબીબ આંખ, નાક, કાન, ગળા અને દાંતની બીમારીનાં મુખ્ય લક્ષણોને લગતી માહિતી નિયમિતપણે મેળવે એ જરૂરી છે. તબીબી ઈતિહાસમાં એવા ઘણાં કિસ્સાઓ મળી આવે છે જેમાં તલસ્પર્શી પરીક્ષણો નિદાન કરવામાં નિષ્ફળ નીવડ્યા હોય અને માત્ર દર્દીની માહિતીમાંથી મળેલ કડીઓના આધારે સાચું નિદાન નિશ્ચિત થયું હોય.

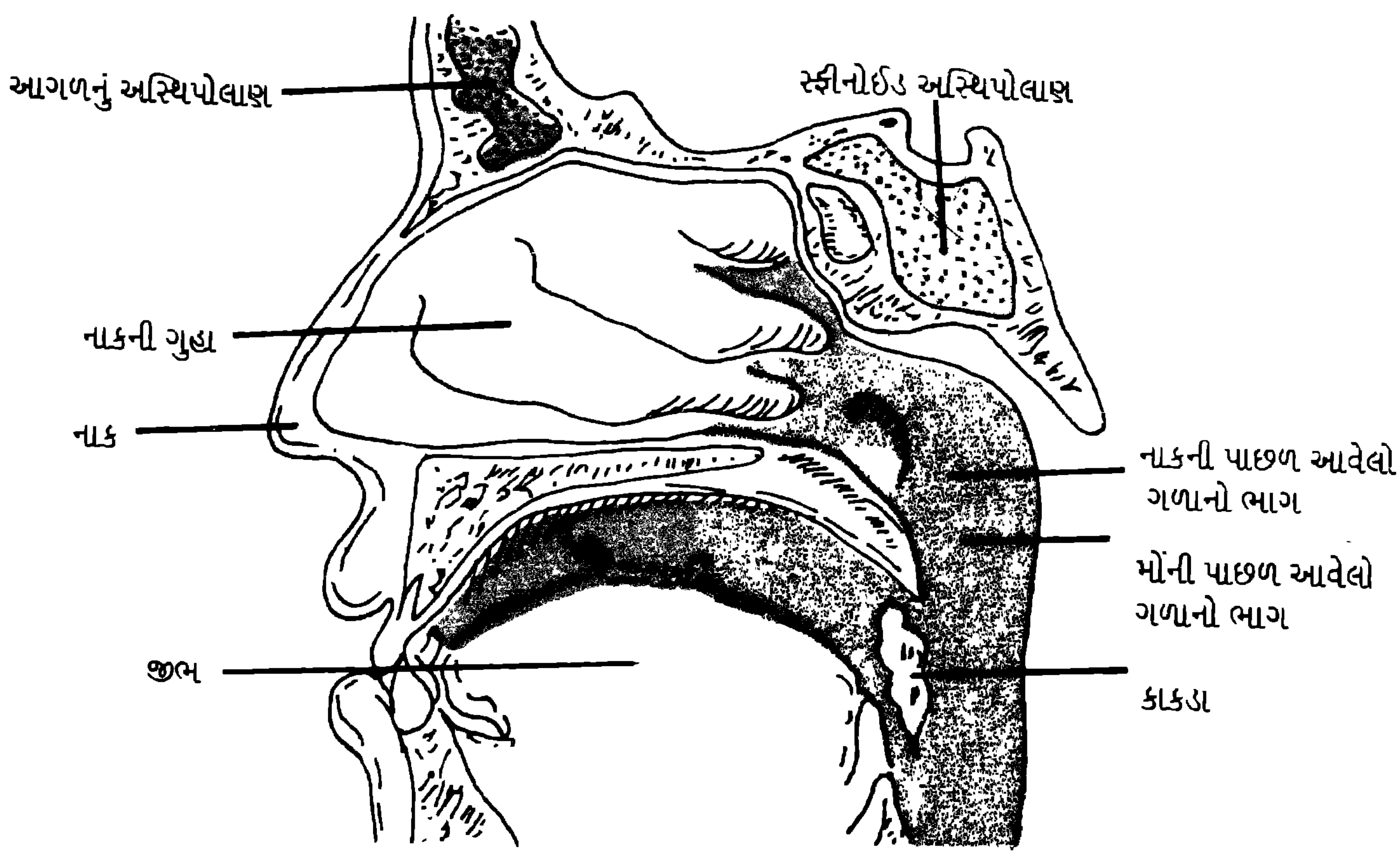
એ સામાન્યપણે સાચું અને સમજી શકાય એવું છે કે રીફર્ડ પીડાના કિસ્સામાં મૂળસ્થાને પણ પીડા અનુભવી શકાય છે. તેથી એવી આશા રાખવામાં આવે છે કે દર્દી પાસેથી મેળવેલી માહિતીમાં રિફર્ડ પીડાની જગ્યા ઉપરાંત પીડાના અન્ય સ્થાનનો પણ ઉલ્લેખ કરવામાં આવે. આમ છતાં, જ્યારે પીડાનાં મૂળસ્થાન કરતાં રિફર્ડ પીડાનાં મૂળ સ્થળ વિશે ઉલ્લેખ કરવો જરૂરી નથી, કેમ કે કદાચ એવું કરવાથી તબીબનું ધ્યાન મૂળ સમસ્યાને બદલે બીજે જ દોરવાઈ જાય. સામાન્ય રીતે દર્દીની માહિતીનોંધમાં નોંધવામાં આવે છે કે પીડા અલ્પજીવી, સતત અને અસ્પષ્ટ છે, અવારનવાર હુમલારૂપે થતી નથી અને પૂર્વલક્ષણો ગેરહાજર છે. આંખના દુઃખાવાનાં મુખ્ય કારણોમાં ચેપ, સોજો, દૃષ્ટિની ખામી, બંને આંખ એક બિંદુ પર કેન્દ્રિત કરવાની મુશ્કેલીનાં કારણે થતી આંખની તાણ અને ઝામરનો સમાવેશ થાય છે. કાન, નાક, ગળા, મુખગુહા અને નાકની આસપાસનાં અસ્થિપોલાણોનાં ચેપના કારણે પીડા થાય છે (આકૃતિ 9,10,11). દાંતને લગતી પીડાનાં કારણોમાં ફસાયેલા દાંત, દાંતના મૂળમાં થયેલું ગૂમડું, દાંત અથવા ચોકઠું ઉપર નીચે બંધબેસતું ન હોય તેવી સ્થિતિ વગેરેનો સમાવેશ થાય છે. ખાસ કરીને ચાવતી વખતે અથવા અચાનક બગાસું આવવાથી, જડબાંના



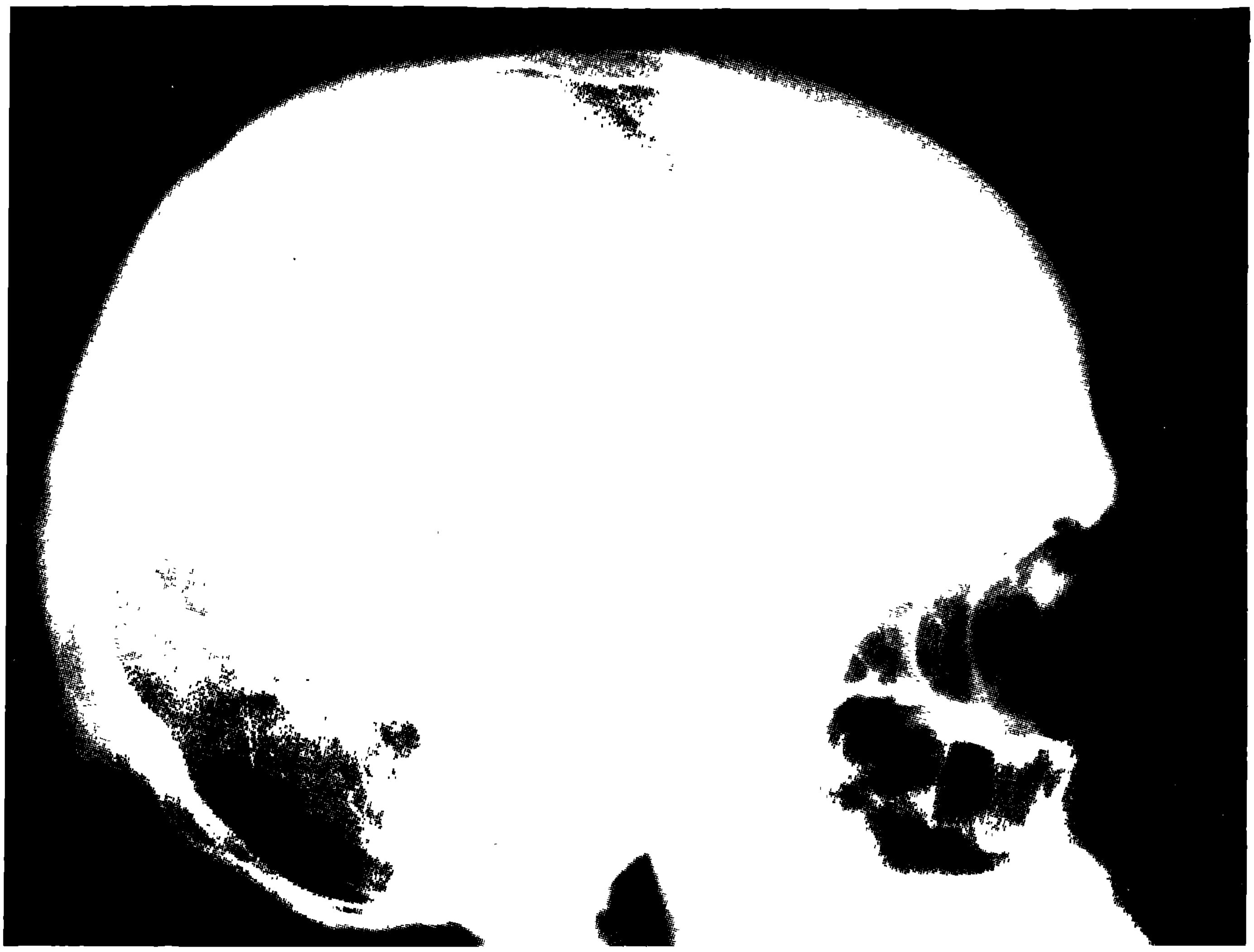
આકૃતિ 9. ટ્રાઈજેમિનલ ચેતાની ત્રણ શાખાઓનું વિસ્તરણ દર્શાવે છે (દૃષ્ટિશાખા, ઉપલાં જડબાંની શાખા અને નીચલાં જડબાંની શાખા)



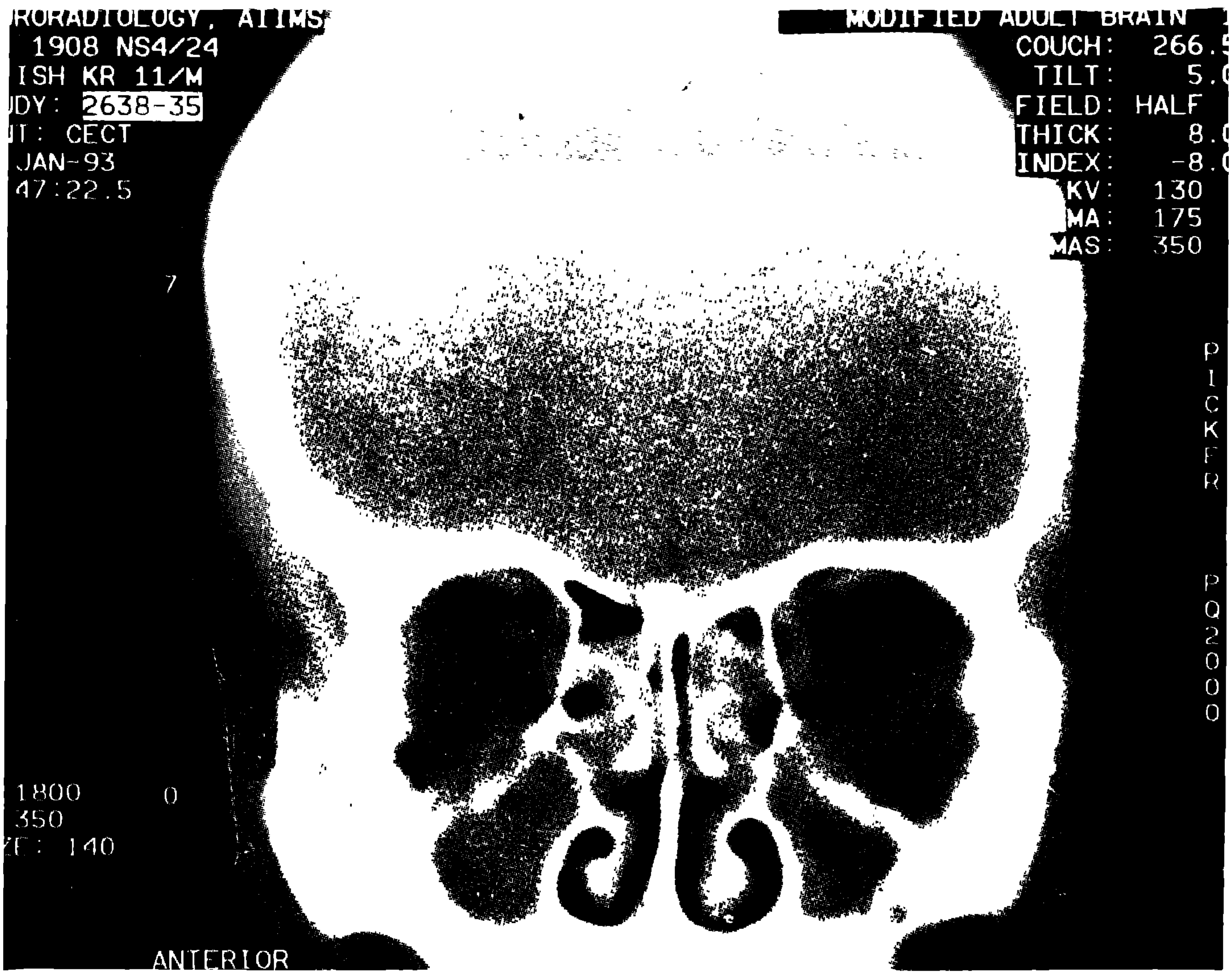
આકૃતિ 10. નાક અને મુખની ગુહા, નાકની પાછળનો અને મોંની પાછળનો ગળાનો ભાગ, આગળનું અને સ્ફીનોઈડ અસ્થિપોલાણ (સાઈનસ) દર્શાવે છે.



આકૃતિ 11. આગળનાં, ઈથમોઈડલ અને ઉપરનાં જડબાંનાં અસ્થિપોલાણો દર્શાવે છે.



પ્લેટ 1. ખોપરીનો સાદો એક્સ-રે જેમાં "સેલા" નામે ઓળખાતો ભાગ મોટો થયો છે.



પ્લેટ 2. સીટી સ્કેન ખોપરીનો ઊભો છેદ દર્શાવે છે, જેમાં ઈથમોઈડલ અને ઉપરનાં જડબાંનાં અસ્થિપોલાણો જોવા મળે છે.



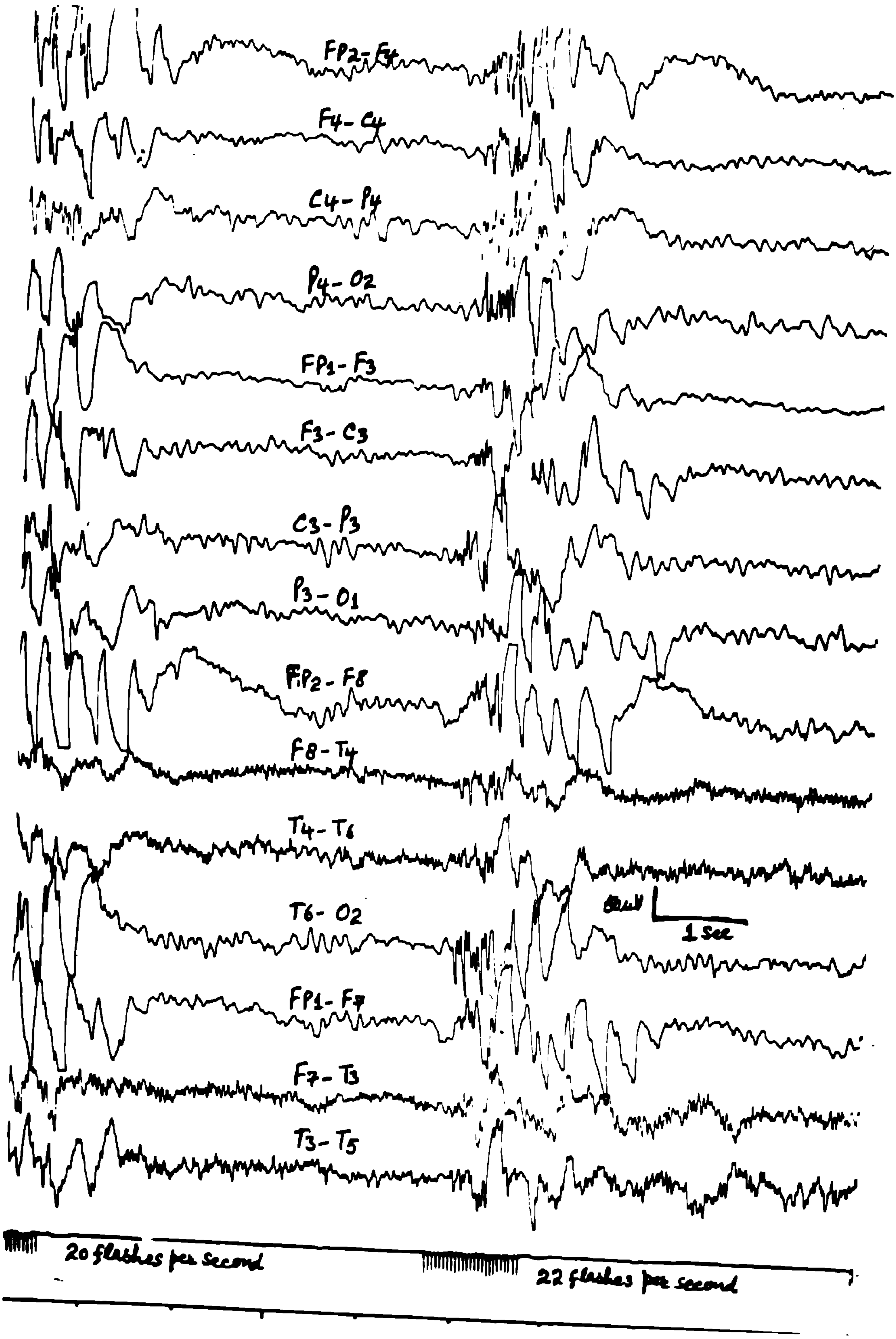
પ્લેટ 3. આંતરિક મસ્તિષ્ક ધમનીના એક ભાગનો ફૂલાવો (એન્યુરીઝમ) દર્શાવતો એન્જીયોગ્રામ (ડી.એસ.એ.)



પ્લેટ 4. ધમની-શિરાના જોડાણની અસામાન્યતા દર્શાવતો એન્જીયોગ્રામ



પ્લેટ 5. ટ્રાઈજેમિનલ ચેતા પરની ન્યૂરોફાઈબ્રોમા નામની ગાંઠ દર્શાવતું સી.ટી. સ્કેન. દર્દીને ટ્રાઈજેમિનલ ચેતાના દુઃખાવાની ફરિયાદ હતી.



પ્લેટ 6. ઈ.ઈ.જી. જે પ્રતિ સેકંડે 20થી 22 જેટલા ખેંચના તરંગો દર્શાવે છે. આ દર્દીને લાંબા ગાળાનાં શિરદર્દની ફરિયાદ હતી.

સાંધાનો કાર્યવિક્ષેપ પીડામાં પરિણમે છે. બોચી અથવા પીઠના ઉપરના ભાગનું દર્દ મગજના પાછળના, લમણાંના, આગળના અને આંખના વિસ્તારમાં પણ અનુભવી શકાય. ઉપરના મણકાઓમાં ગાદી ખસી જવાથી અથવા ચેપ, સોજો કે ઘસારો થવાથી પણ રીફર્ડ પીડા ઉદ્ભવી શકે. આવી સ્થિતિમાં વધુ પીડા થતી અટકાવવા ગળાના સ્નાયુઓ બોચીનું હલનચલન ઓછું કરી નાખવાના હેતુથી પરાવર્તી (અનૈચ્છિક) સ્નાયુ સંકુચનની અવસ્થા ધારણ કરે છે. જો કે એ યાદ રાખવું જોઈએ કે રક્તવાહિનીજન્ય અને તણાવના શિરદર્દો એ બે મળીને જ, શિરદર્દના તબીબ પાસે આવતા કિસ્સાઓમાં, મોટી બહુમતી ધરાવે છે. રક્તવાહિનીજન્ય અને તણાવનાં શિરદર્દ કરતાં, રીફર્ડ પીડાના કિસ્સામાં તપાસ અને પરીક્ષણો વધુ ઉપયોગી અને ફળદાયી સિદ્ધ થાય છે. રીફર્ડ પીડાના કિસ્સામાં મગજના તબીબે કદાચ નાક, કાન, ગળા, આંખ અથવા દાંતના નિષ્ણાતની સંપૂર્ણ ચકાસણી અને સંબંધિત પરીક્ષણો માટે મદદ લેવી જરૂરી બની જાય.

10

ચેતાજન્ય પીડા અને પ્રકીર્ણ

ખોપરી અને ચહેરાની પીડા સાચે જ સમસ્યારૂપ છે અને ખરેખર એની તપાસ કરતા તબીબોમાં શિરદર્દ ઉત્પન્ન કરી મૂકે છે. અગાઉનાં પ્રકરણોમાં માઈગ્રેન, ગળાનું શિરદર્દ, ક્લસ્ટર શિરદર્દ અને રીફર્ડ પીડા વિશે ચર્ચા થઈ ચૂકી છે. ખોપરી અને ચહેરા વિસ્તારમાં પીડા ઉત્પન્ન કરતી બીજી વ્યાપક સ્થિતિઓની આ પ્રકરણમાં ચર્ચા કરવામાં આવી છે.

ટ્રાઈજેમિનલ ચેતાજન્ય પીડા

આશરે પચાસ-સાઠ વર્ષની વયજૂથના દર્દીઓને આ બિમારી થાય છે. ત્રીસ વર્ષ પહેલાં કે સાઠ વર્ષ પછી એ ભાગ્યે જ શરૂ થાય છે. પીડા અવારનવાર, પુનરાવર્તીપણા સાથે, માથાની એકજ બાજુએ અને ટ્રાઈનેમીનલ ચેતાના વિસ્તારમાં થાય છે (આકૃતિ 9). ટ્રાઈજેમિનલ ચેતાનો એક અથવા વધુ વિભાગ અસરગ્રસ્ત થઈ શકે. બીજો (મેકઝીલરી ઉપરના જડબા પાસેનો) વિભાગ વધુ વખત, તેમ જ ત્રીજો (મેન્ડીબ્યુલર, નીચેના જડબા પાસેનો) વિભાગ અને પ્રથમ (ઑપ્થેલ્મિક-આંખ) વિભાગ ઓછી વખત અસરગ્રસ્ત થાય છે. એક જ સમયે ત્રણે વિભાગમાં પીડા થાય એવું ભાગ્યે જ બને. પીડાનો પ્રકાર તીક્ષ્ણ અથવા વીજપ્રવાહ જેવો હોય છે, જે સામાન્યતઃ થોડી સેકન્ડો સુધી ટકે છે. કેટલીક વાર પીડાના હુમલાની અવધિ 1 મિનિટ જેટલી પણ થઈ શકે. એ એટલી તો તીવ્ર હોય છે કે દર્દીનું મોં પીડાથી જકડાઈ જાય છે. હુમલા અવારનવાર થાય છે. કેટલીક વાર પચાસથી સો વખત પણ થઈ શકે.

મોટાભાગના દર્દીઓમાં કેટલાક કળવિસ્તાર (ટ્રીગર) હોય છે. એક દર્દીમાં આ વિસ્તારો એકસરખા રહે છે અને ચહેરાની ત્વચા, હોઠ, નાક, અથવા મોંની શ્લેષ્મ ત્વચામાં આ કળવિસ્તારો હોય છે. આવા કળવિસ્તારો સ્પર્શ અથવા પવનથી ઉત્તેજિત થઈ શકે. દંતમંજન કરવું, ચહેરો ધોવો, દાઢી કરવી, વાત કરવી, ચાવવું, બગાસું ખાવું, ગળવું, હસવું, છીંકવું, નાક સાફ કરવું અથવા ચહેરાની એવી બીજી કોઈપણ ક્રિયાથી કળવિસ્તારો ઉત્તેજિત થઈ શકે અને પીડા થઈ શકે. કળવિસ્તારો સૌથી વ્યાપકપણે નાકની બહારની બાજુએ જોવા મળે છે.

ટ્રાઈજેમિનલ ચેતાજન્ય પીડામાં, પીડાના હુમલાની વચ્ચેના ગાળામાં દર્દી સામાન્ય હોય છે. જો કે કેટલાક દર્દીઓ હુમલાઓની વચ્ચેના ગાળામાં પણ અસરગ્રસ્ત વિસ્તારમાં ઓછી તીવ્રતાવાળી પીડા અથવા અસુવિધાની ફરિયાદ કરે છે. આ એક અસામાન્ય લક્ષણ છે. અગાઉ જણાવ્યા મુજબ પીડાના હુમલા અવારનવાર થાય છે. તે ઋતુ પ્રમાણે અથવા વિભિન્ન સમયગાળા બાદ થાય છે. આપમેળે સંપૂર્ણ સાજું થઈ જવું દુર્લભ છે પરંતુ થોડા સમય માટે રોગમુક્ત રહેવું શક્ય છે. ઘણી વખત પીડા એવી તીવ્ર હોય છે કે દર્દી એનો ચહેરો જડ રીતે સ્થિર રાખે છે અને વાત કરવાનું ટાળે છે. દિવસ અથવા રાતના ગમે તે સમયે પીડા થઈ શકે. તપાસ કરવાથી હલનચલનને લગતી અથવા સંવેદનને લગતી કોઈ અસામાન્યતા જોવા મળતી નથી. જો કે લક્ષણમુક્ત ટ્રાઈજેમિનલ ચેતાજન્ય પીડામાં હલનચલનને લગતી, અથવા સંવેદનને લગતી ક્ષતિઓ જોવા મળે છે, અને એમાં મોટાભાગે ઑપ્થેલ્મિક (આંખનો) વિભાગ અસરગ્રસ્ત થયેલો હોય છે. તેથી ખાસ કરીને ચેતાના પહેલા વિભાગને લગતાં ચેતાજન્ય લક્ષણો અથવા પીડા હોય તો તબીબે જરૂરી પરીક્ષણો કરવાની સાવધાની રાખવી જોઈએ. ટ્રાઈજેમિનલ ચેતાની નજીકની કોઈપણ ઈજા આવાં લક્ષણો ઉત્પન્ન કરી શકે. ખાસ કરીને ગાંઠ અને રક્તવાહિનીની ઈજાની શક્યતાઓનો લોપ કરવો જરૂરી છે.

આ બીમારીની શરીર પ્રક્રિયા બહુ સ્પષ્ટ નથી. સામાન્ય રીતે સંવેદન તરંગોનો અવકાશલક્ષી અને સમયલક્ષી યોગ હુમલો શરૂ કરવા માટે જરૂરી છે. હુમલો થયા પછી બે ત્રણ મિનિટનો નિષ્ક્રિયતાનો ગાળો આવે છે જેમાં કળવિસ્તારને ઉત્તેજિત કરવાથી પીડા થતી નથી. મોટાભાગના દર્દીઓમાં શરૂઆતનાં ઘણાં વર્ષો સુધી માત્ર દવાઓનો ઉપયોગ કરવામાં આવે છે. પસંદગીની દવા કાર્બામેઝેપિન છે જે છ થી આઠ અઠવાડિયા સુધી આપવામાં આવે છે. અમુક વ્યકિતઓમાં એ અસંતુલન અથવા ચક્કર ઉત્પન્ન કરે છે. એવા કિસ્સામાં તબીબ દવાની માત્રા ધીમે ધીમે વધારે છે. તો ય એ મહત્ત્વનું છે કે એકવાર શરૂ કર્યા પછી કાર્બામેઝેપિન વિક્ષેપ વગર છ થી આઠ અઠવાડિયા લેવી જોઈએ. બિમારી ફરી ઉથલો મારે તો દવા ફરી આપવી પડે છે. જો કાર્બામેઝેપિન બિનઅસરકારક નીવડે તો બીજી દવાઓ મદદરૂપ થઈ શકે. જ્યારે દવાઓ પીડાશમન કરવા માટે અસમર્થ નીવડે ત્યારે ગેસેરીયન ચેતાગાંઠ નજીક જળરહિત ગ્લીસરોલનું ઈન્જેકશન આપવામાં આવે છે જે થોડા મહિનાથી થોડા વર્ષો સુધી રાહત આપી શકે (આકૃતિ ૩અ અને ૭). પરંતુ પીડા ફરી ઊભરી શકે અને ફરી દવા અથવા ઈન્જેકશન આપવાની જરૂર પડે. જ્યાં પૂરતી સક્ષમ તબીબી તજજ્ઞ સેવાઓ ઉપલબ્ધ હોય ત્યાં જ ઈન્જેકશન લેવાવા જોઈએ. જ્યારે દવા અને ઈન્જેકશન બન્ને નિષ્ફળ નીવડે ત્યારે વિવિધ શલ્યક્રિયાઓ હાથ ધરવામાં આવે છે. "રેડિયો ફ્રિકવન્સી ટ્રાઈજેમિનલ ગેન્ગલીઓનોલાઈસિસ" અમુક કિસ્સાઓમાં ઉત્સાહજનક પરિણામ લાવે છે.

ગ્લોસોફેરેન્જીયલ ચેતાજન્ય પીડા

કાન, જીભના મૂળ અને કાકડાના પોલાણ (આકૃતિ 11) પાસે થતી તીક્ષ્ણ અથવા વેધક તીવ્ર પીડા એ ગ્લાસોફેરેજીયલ ચેતાજન્ય પીડાનું લક્ષણ છે. ટ્રાઈજેમિનલ ચેતાનજન્ય પીડા કરતાં ગ્લોસોફેરેન્જીયલ ચેતાજન્ય પીડા ઓછા પ્રમાણમાં થાય છે પરંતુ સમાન ગુણધર્મો ધરાવે છે. બગાસું ખાવાથી, ગળવાથી, વાત કરવાથી કે ખાંસી કરવાથી પીડા શરૂ થાય છે. ઘણાં કિસ્સાઓમાં વેગસ ચેતાની, ખાસ કરીને, કર્ણપલ્લવ અથવા ગળાને ચેતાન્વિત કરતી શાખાઓના વિસ્તારમાં પણ પીડા ફેલાય છે. ટ્રાઈજેમિનલ ચેતાજન્ય પીડાની જેમ, આ પીડી કાર્બામેઝેપિન અને અન્ય દવાઓથી શમે છે. જો દવાથી પીડા ન શમે તો મગજના અંદરના ભાગમાં ગ્લાસોફેરેન્જીયલ ચેતા અને વેગસ ચેતાની ઉપરની બે શાખાઓને કાપવાનું સૂચન અમુક તબીબો દ્વારા કરવામાં આવે છે. ગ્લોસોફેરેજીયલ ચેતાજન્ય પીડાને બદલે અમુક લોકો "વેગોગ્લોસોફેરેન્જીયલ" ચેતાજન્ય પીડા શબ્દ વાપરે છે.

હરપીસ (મોતીઝરા)ના ચેપ પછી થતી ચેતાજન્ય પીડા

અછબડા જેવા પ્રાથમિક ચેપ પછી "વેરીસેલા ઝોસ્ટર" નામના વિષાણુ વર્ષો સુધી સંવેદનાવાહી ચેતાગાંઠમાં નિષ્ક્રિય સ્વરૂપે પડી રહે છે. આ સુષુમ ચેપ પુનઃપ્રવૃત્ત થવાથી ત્વચા પર ચેતાના વિસ્તાર અનુસાર ચાઠાં પ્રકારનું સંક્રમણ જોવા મળે છે, જેને હરપીસ ઝોસ્ટર (મોતીઝરા)ના નામથી ઓળખવામાં આવે છે. પચાસ-સાઠ વર્ષના મધ્યવય વટાવી ગયેલા દર્દીઓમાં એ સામાન્યપણે જોવા મળે છે. યુવાનોમાં એ ઓછું જોવા મળે છે અને વીસ વર્ષની વય પહેલા તો ભાગ્યે જ જોવા મળે છે. લિમ્ફોમા (લસિકા ગ્રંથિનું કેન્સર), કેન્સર, કેન્સરની કોષનાશક દવાઓ, સ્ટીરોઈડયુક્ત દવાઓ, ક્ષ-કિરણથી થતી સારવાર અથવા એઈડ્ઝ વગેરે પરિબળો હરપીસ ઝોસ્ટર થવાની શક્યતામાં વધારો કરે છે.

એકવાર સુષુપ્ત વેરીસેલા ઝોસ્ટર વિષાણુ પુનઃપ્રવૃત્ત થાય ત્યારબાદ એ ચેતાગાંઠમાં અને કેન્દ્રત્યાગીપણે ચેતાશાખાઓમાં અને છેવટે ત્વચાને અસર કરી ફોલ્લા પ્રકારની ગાંઠમાં પરિણમે છે. નજીક નજીકની એકથી વધુ ચેતાગાંઠ અથવા ચેતાઓ અસરગ્રસ્ત થઈ શકે. હાથ, પગ અને ધડ ઘણીવાર અસરગ્રસ્ત થાય છે. કેટલીક માથાની ચેતાઓ પણ અસરગ્રસ્ત થઈ શકે. ટ્રાઈજેમિનલ ચેતાનો ઑપ્થેલ્મિક (આંખનો) વિભાગ સૌથી વધુ વ્યાપકપણે અસર પામે છે. મેન્ડીબ્યુલર (ઉપલા જડબાના) વિભાગની કર્ણપલ્લવ શાખા બીજા ક્રમે અસરગ્રસ્ત થાય છે. કર્ણપટલ અને કર્ણપલ્લવના ભાગે ફોલ્લા જોવા મળી શકે. બિમારીના તીવ્ર તબક્કામાં દુઃખાવો ખૂબ થાય છે. ફોલ્લા દેખાવા માંડે તે પહેલા ચેતાનાં વિસ્તરણ અનુસારનાં સ્થળે ખંજવાળ

અને ઝણઝણાટી થાય છે. એ જ વિસ્તારમાં ફોલ્લા થાય છે, જે શરૂઆતમાં ચામડી પર લાલ ડાઘ તરીકે દેખાય, પછી ક્રમશઃ ત્રણચાર દિવસ બાદ પાણી અને પરુ ભરેલા ફોલ્લાનું સ્વરૂપ લે છે. કેટલીકવાર હરપીસ ઝોસ્ટરના ફોલ્લા દેખાતાં નથી અને માત્ર પૂર્વલક્ષણો જ જોવા મળે છે. પાણી અથવા પરુવાળા ફોલ્લા ચેતાની શાખાઓને ઈજા પહોંચાડી પીડા ઉત્પન્ન કરે છે. હરપીસ ઝોસ્ટર જે તે વિસ્તારનાં હલનચલનની નબળાઈ, જે તે તરફની અથવા વિરુદ્ધ બાજુએ ચેતાઆવરણનો અથવા મગજનો સોજો ઉત્પન્ન કરી શકે. મગજની રક્તવાહિનીનો સોજો પણ થઈ શકે.

હરપીસ ઝોસ્ટરનું નિદાન ભાગ્યે જ મુશ્કેલ બને છે. જ્યારે ફોલ્લા થવા પહેલાના તબક્કામાં માત્ર પીડા અને બીજા સંવેદનાલક્ષી લક્ષણો હોય ત્યારે નિદાનમાં મુશ્કેલી થઈ શકે. ફોલ્લા રૂઝાયા પછીનાં થોડાં અઠવાડિયા પછી પોસ્ટ હરપેટીક (હરપીસ પછીની) ચેતાજન્ય પીડા તરીકે ઓળખાતી પીડા થઈ શકે. ફોલ્લાઓનો ફરીથી ચેપ થવાને કારણે આમ થતું હશે. તેથી મોટી ઉંમરની વ્યક્તિઓના ચેપગ્રસ્ત ફોલ્લાઓની લગાડવાના મલમથી તેમજ વિષાણુવિરોધી દવાઓથી સારવાર કરવી તાર્કિક છે. જો કે આમ કરવાથી માત્ર ફોલ્લા નીકળવાનો સમયગાળો, તકલીફો અને પીડામાં ઘટાડો થશે. પરંતુ પીડાને સંપૂર્ણપણે અટકાવી શકાતી નથી. હમણાના સમયમાં કાળા મરીમાંથી બનાવેલા "કેપ્સેસીન" નામના મલમનું એવા દાવા સાથે વેચાણ કરવામાં આવે છે કે એ જૂનું દર્દ મટાડે છે. કેપ્સેસીન પેપ્ટાઈડને ઉત્તેજિત કરે છે. કેટલાક દર્દીઓમાં હરપીસ પછીની આ પીડા ખૂબ જ મુશ્કેલ પીડાઓમાંની એક બની રહે છે. કેટલીકવાર માત્ર સમય વીતાવવાથી જ પીડાથી છૂટકારો થઈ શકે, અને દર્દીએ પીડા રહે ત્યાં સુધી, પીડા સાથે જ જીવવાનું શીખી લેવું પડે છે. તબીબો દ્વારા કેટલીકવાર બહુતંત્રી અભિગમ હાથ ધરવામાં આવે છે જેમાં કાર્બામેઝેપિન, હતાશાવિરોધી દવાઓ, દર્દશામક દવાઓ, વાઈબ્રેટર, માલિશ અને માનસિક આધારનો સમાવેશ થાય છે. શસ્ત્રક્રિયા સફળ થતી નથી. ઉલ્ટું કેટલીકવાર સંવેદનક્ષમતા એ હદે વિકૃત થઈ જાય કે સ્પર્શમાત્રથી દુઃખાવો થાય છે.

ટ્રાઈજેમિનલ ચેતાજન્ય પીડાનું અસામાન્ય સ્વરૂપ

આ સ્વરૂપની પીડાને ટ્રાઈજેમિનલ પીડા સાથે ઘણું સામ્ય હોય છે પરંતુ થોડાં પાસાં જુદા પડે છે. પીડા લાંબો સમય રહે છે, કેટલાક કલાકો સુધી. જો કે એ અવારનવાર થતા હુમલારૂપે થાય છે અને ચાવતી કે ગળતી વખતે ખાસ નોંધપાત્ર હોય છે. પીડા માથાની એકબાજુએ શરૂ થાય છે અને મોંની અંદર દાંતની આજુબાજુ વધારે અનુભવાય છે. ઘણીવાર પીડા શરૂ થવાના થોડા દિવસ અથવા અઠવાડિયા પહેલા દર્દીએ દાંત પડાવ્યો હોવાની માહિતી મળે છે. એવું માનવામાં આવે છે કે પીડા

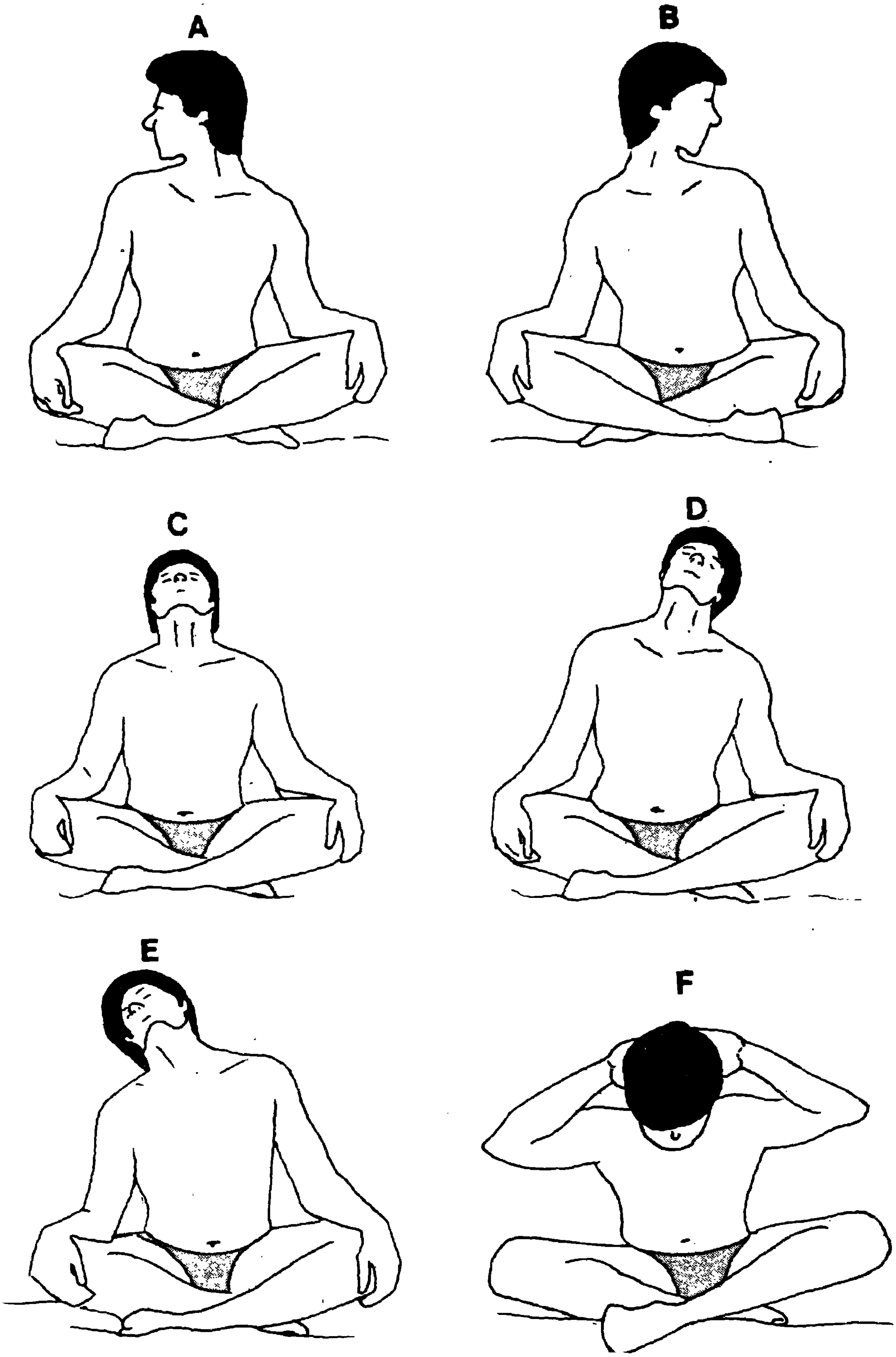
ચેતાતંતુઓના છેડા ખુલ્લા રહી જવાને કારણે અથવા સ્થાનીય પેશીને બધિર કરવા માટે વપરાયેલી દવાને કારણે થાય છે. આવી પીડા દર્દશામક દવાઓથી શમે છે અને ફરી થતી નથી.

લમણાંની (ટેમ્પોરલ) ધમનીનો સોજો

લમણાંની (ટેમ્પોરલ) ધમનીનો સોજો એ એક ગેરસમજ પ્રેરતું નામ છે, કેમ કે સોજાની પ્રક્રિયા ટેમ્પોરલ ધમની સુધી સીમિત ન રહેતા વધુ ફેલાયેલી હોય છે (આકૃતિ 7). વધુ સારું નામ ખોપરીની-ધમનીઓનો સોજો હોઈ શકે. સાઈઠ વર્ષની ઉપરના દર્દીઓમાં શિરદર્દનું આ મહત્ત્વનું કારણ છે. ધમનીની દિવાલના સોજાને કારણે આ પીડા થાય છે અને રોગપ્રતિકારક તંત્રની બીમારીના જટિલ સ્વરૂપને પરિણામે આવું થાય છે. દર્દી લપકારા મારતાં અથવા લપકારા વગરનાં વધતી જતી તીવ્રતાવાળા શિરદર્દનો શિકાર બને છે. પીડા માથાની એક જ બાજુએ અને ધમનીના અસરગ્રસ્ત વિસ્તારની આજુબાજુ કેન્દ્રિત હોય છે. ધમનીની આસપાસ અડકવાથી પીડા થાય છે. માઈગ્રેનથી વિપરીત, લપકારા નાડીના ધબકાર સાથે બંધબેસતા હોતા નથી અને ઘણીવાર ગેરહાજર હોય છે. થાક, ભૂખ ન લાગવી, શરીરનો દુઃખાવો, પીડા, વજનમાં ઘટાડો અને તાણ જેવાં શારીરિક ચિહ્નો જોવા મળે છે, લોહીની લાલશનું પ્રમાણ ઘટે છે અને ઈ.એસ.આર. ખૂબ વધી જાય છે. અમુક દર્દીઓને, જે તે તરફની આંખની ધમની અવરૂધ્ધ થવાથી તે તરફની આંખમાં અંધાપો આવે છે. સંપૂર્ણ અંધાપો આવવા પહેલા, અંધાપાના અલ્પજીવી હુમલાઓ આવે છે. તેથી ત્વરિત નિદાન અને સારવારનું ખૂબ મહત્ત્વ છે. ધમનીઓની બાયોપ્સી કરવાથી નિદાન નિશ્ચિત કરી શકાય. સોજો ઘટે ત્યાં સુધી અઠવાડિયાઓ સુધી સ્ટીરોઈડયુક્ત દવાઓ આપવી પડે છે. ત્યારપછી કેટલાક વધુ મહિનાઓ સુધી જરૂર પૂરતી અલ્પ માત્રામાં દવા ચાલુ રાખવી પડે છે. આંખના ડોળાના સ્નાયુઓની નબળાઈ પણ થઈ શકે, પણ એવું ભાગ્યે જ થાય છે. ટેમ્પોરલ ધમનીના સોજા સાથે ખોપરીની અંદરની ધમનીઓ ભાગ્યે જ અસરગ્રસ્ત થાય છે. શરીરની તમામ ધમનીઓનો સોજો હોય ત્યારે ખોપરીની અંદરની રક્તવાહિનીઓ અસરગ્રસ્ત થઈ શકે.

ઈજા પછીનું શિરદર્દ

સંખ્યાબંધ લોકો માથાની ઈજા પછી શિરદર્દથી પીડાય છે. આ શિરદર્દ ઈજા થયાના અચોક્કસ સમયગાળા પછી થાય છે. સબડ્યુરલ હિમેટોમા (ડ્યુરાની નીચે લોહીનો ગઠ્ઠો), છોલાવું કે ચીરાવું જેવી ઈજા થયા પછી તરત થતાં શિરદર્દથી આ પ્રકારનું



આકૃતિ 12. અહીં ગરદનના મણકાના ઘસારા (સર્વાઈકલ સ્પૉન્ડીલોસિસ)ને કારણે થતા શિરદર્દમાં રાહત મેળવવા માટેની ઉપયોગી કસરતો દર્શાવાઈ છે.

શિરદર્દ અલગ છે. ઈજા પછી લાંબા સમયે થતાં શિરદર્દના કિસ્સામાં માથાની ઈજાની ગંભીરતા સાથે શિરદર્દના હુમલાની સંખ્યા, તીવ્રતા અને સમયગાળાને કોઈ સંબંધ નથી. આ પ્રકારની બિમારીમાં દર્દી માથાની ઈજા પછી મગજને કોઈ ગંભીર નુકશાન નથી થયું તે જાણવા મગજના તબીબનો અભિપ્રાય માંગે છે.

આ પ્રકારનું શિરદર્દ હળવું, અસ્પષ્ટપણે ફેલાયેલું, સાતત્યપૂર્ણ હોય છે તેમ જ થાક, નબળાઈ, ચીડિયાપણું, અનિદ્રા, એકાગ્રતાનો અભાવ, ધ્રુજારી, વ્યગ્રતા, તણાવ અથવા હતાશા જેવા લક્ષણો પણ સાથોસાથ જોવા મળે છે. ઉબકા-ઉલ્ટી, એકદમ પીડા ઊભરી આવવી અથવા મગજનું ચોક્કસ કેન્દ્ર નુકસાન પામ્યું હોય એવા કોઈ ચિહ્નો આ પ્રકારના શિરદર્દમાં થતાં નથી.

શારીરિક તપાસ અને પરીક્ષણો કોઈ અસામાન્યતા બતાવતા નથી. કેટલીક વાર માત્ર ગંભીર ઈજાની શકયતાનો લોપ કરવા, તેમ જ દર્દીનો વિશ્વાસ પુનઃસ્થાપિત કરવા માટે આવા પરીક્ષણો કરવા પડે છે. ઈજા પછી થતાં શિરદર્દની નિશ્ચિત શરીર પ્રક્રિયા સ્પષ્ટ નથી. પરંતુ મોટાભાગના કેસમાં માનસિક અસ્વસ્થતા, ઢોંગ અથવા વળતર મેળવવા માટેના પ્રયાસ કારણભૂત હોય છે. શારીરિક અને માનસિક કારણોવાળા કિસ્સા જુદા પાડવા સમસ્યરૂપ હોવાને કારણે, ઈજા પછી થતાં શિરદર્દના દર્દીઓ સાથે કામ પાર પાડવામાં ખૂબ તકલીફ પડે છે. સારવાર દર્દશામક, હતાશાવિરોધી અને વ્યગ્રતાશામક દવાઓથી કરવામાં આવે છે. સાંત્વન, સમજણ અને ચર્ચા એ માત્ર દવાઓ કરતાં વધુ ઉપયોગી છે. કેટલાકના મત મુજબ પ્રોપ્રેનોલોલ જેવી દવા ખૂબ ઉપયોગી છે.

બોચીના મણકાના ઘસારાને કારણે થતું શિરદર્દ

મોટી ઉંમરમાં બોચીના મણકામાં થતી ઘસારાની પ્રક્રિયાને "સર્વાઈકલ સ્પૉન્ડીલોસિસ" તરીકે ઓળખવામાં આવે છે. બોચીના સતત હલનચલનને કારણે એ થાય છે. જેઓ એમના માથા પર ભારે વજન ઊંચકે છે અથવા ગળાનું જોરદાર હલનચલન કરે છે એવા લોકોને યુવાનીમાં વહેલા જ આ પ્રકારના ઘસારાજન્ય પરિવર્તનનો ભોગ બનવું પડે છે. બોચીના ઉપરના મણકા કરતાં નીચેના મણકા વધુ અસરગ્રસ્ત થાય છે. "ઑસ્ટીયોફાઈટ" તરીકે ઓળખાતું નવું અસ્થિ રચના પામે છે. સાંધાની જગ્યામાં ઘટાડો થાય છે. કરોડરજ્જુ માટેની જગ્યા તેમ જ મણકાઓ વચ્ચેના છિદ્રો સાંકડાં થાય છે. મણકાઓ વચ્ચેના છિદ્રો વાટે કરોડરજ્જુમાંથી નીકળતી ચેતાઓ આ ફેરફારોને કારણે ધીરે ધીરે ઈજા પામે છે. ચેતા પર દબાણ થવાથી બોચી, ખભા અથવા હાથમાં પીડા થાય છે અને દર્દી બોચીનું હલનચલન મર્યાદિત કરી દે છે. બોચીના સ્નાયુઓ સજ્જડતાની અવસ્થા ધારણ કરે છે, જેથી ગળાનું હલનચલન વધુ અવરોધાય છે. બોચીનું દર્દ

ઘણીવાર કપાળ, લમણાં, માથાના પાછળના ભાગોથી (આકૃતિ 6) થતું હોય એ રીતે પ્રગટ થાય છે ને માઈગ્રેન કે તાણનું શિરદર્દ હોવાનો ભ્રમ ઊભો કરે છે. એની સારવારમાં ગળાની કસરતો ખૂબ ઉપયોગી છે (આકૃતિ 12).

કરોડરજ્જુ અથવા ચેતામૂળ પરનું દબાણ ધીરે ધીરે વધતા કેન્દ્રીય ચેતાજન્ય ચિહ્નો જોવા મળે છે. શસ્ત્રક્રિયાનું આયોજન કરવા માટે બીમારીના આ તબક્કે પરીક્ષણો કરવા જરૂરી બની જાય છે. મણકાના ગંભીર પ્રકારના ઘસારાને તેમજ કરોડરજ્જુ અને ચેતામૂળ પર થતી એની અસરને રોકવા અથવા ધીમી કરવા ગળાની કસરતો નિયમિતપણે કરવી જોઈએ. આ કસરતો દિવસમાં બે વાર દશ-પંદર મિનિટ બેઠા-બેઠા કે ઊભા ઊભા કરી શકાય.

પ્રકીર્ણ

માથાનું દર્દ જેમાં થઈ શકે એવી ઘણી વિશિષ્ટ અને સામાન્ય સ્થિતિઓ છે જે આ પુસ્તકની મર્યાદાની બહાર છે. કોઈપણ શારીરિક બિમારીને કારણે આવતો તાવ (જેમ કે મેલેરિયાનો તાવ) રક્તવાહિનીઓના પ્રસરણને કારણે શિરદર્દ ઉત્પન્ન કરે છે. હૃદયની ધમનીઓ પહોળી કરવા માટે વપરાતી દવાઓ સામાન્ય રીતે શિરદર્દ ઉત્પન્ન કરે છે. જેમને માઈગ્રેન જેવું દર્દ થવાનું વલણ હોય, તેમનામાં આવું વિશેષ થાય છે.

11

સારવાર

માઈગ્રેન, તણાવનું શિરદર્દ, ચેતાજન્ય પીડા અને ક્લસ્ટર શિરદર્દની વિશેષ સારવાર જે તે પ્રકરણોમાં વર્ણવવામાં આવી છે. તાકીદના (એક્યુટ) શિરદદ પર ખાસ ધ્યાન આપવું પડે છે અને એનું ઊંડાણથી પૃથક્કરણ કરવું પડે છે. આંતરિક ઈજાઓ જો સાથે સંકળાયેલી હોય તો એમનો વિચાર કરી પરીક્ષણો દ્વારા એ શક્યતાનો લોપ કરવો પડે છે. ટ્રાઈજેમિનલ ચેતા પર થયેલી ન્યૂરોફાઈબ્રોમા નામની ગાંઠને કારણે થતી પીડા તેમ જ મગજની ગાંઠ અથવા ડ્યુરા મેટરની નીચે લોહીની ગાંઠ થવાને કારણે જગ્યા રોકતી ઈજા થાય ત્યારે થતું શિરદર્દ વગેરે કિસ્સામાં માત્ર આ પીડા જ શરૂઆતનું લક્ષણ હોય છે. આ સિવાય બીજા કેટલાક સૂક્ષ્મ અથવા અસ્પષ્ટ ચિહ્નો હોય છે જે આંતરિક ઈજા શોધવામાં તબીબને મદદ કરે છે. આ મહત્ત્વનું છે કેમ કે પીડા અથવા શિરદર્દ દૂર કરવા માટે કદાચ શલ્ય ચિકિત્સા પણ હાથ ધરવી પડે. શલ્યક્રિયા હાથ ધરવી પડે એવી આ સ્થિતિઓ ઉપરાંતના શિરદર્દના નવા અથવા જૂના દર્દીઓને માત્ર દવાઓની સારવારની જ જરૂર પડે છે. શિરદર્દની સારવારના વ્યવસ્થિત અભિગમમાં દવાથી થતી મુખ્ય સારવાર ઉપરાંત મનોચિકિત્સા અને શારીરિક ચિકિત્સા પણ મહત્ત્વનાં તત્ત્વો છે.

શિરદર્દ અને પીડાથી છૂટકારો મેળવવા માટે વપરાતી દવાઓમાં દર્દશામક દવાઓ, ઉલ્ટી બંધ કરવાની દવાઓ, હતાશાવિરોધી દવાઓ, વ્યગ્રતાશામક દવાઓ, સ્ટીરોઈડવિહીન સંક્રમણ વિરોધી દવાઓ, અર્ગોટની બનાવટો, કેફી દવાઓ, સ્ટીરોઈડ યુક્ત દવાઓ, 5 એચ.ટી-1 અને 5 એચ.ટી-2 ઉત્તેજકો વગેરેનો સમાવેશ થાય છે. હમણાં 5 એચ.ટી. ઉત્તેજક દવાઓની આસપાસ રસ કેન્દ્રિત થયો છે. દર્દીઓએ તેમને લખી અપાયેલી દવાઓથી પરિચિત થવું જોઈએ. બે મુદ્દા પર વારંવાર ભાર મૂકાવો જોઈએ :

1. દર્દશામક દવાઓના અતિશય વપરાશથી રોજિંદું શિરદર્દ થઈ શકે.
2. દર્દશામક દવાઓના રોજિંદા વપરાશથી બીજી ઉપયોગી દવાઓની અસરકારતા ઘટશે.

એ જ પ્રમાણે અર્ગોટિમાઈનનો અતિશય વપરાશ થવાથી પરાવર્તી પીડા તરીકે ઓળખાતી પ્રક્રિયાને કારણે રોજિંદું શિરદર્દ થાય છે. સેપરે આપેલી વ્યાખ્યા અનુસાર

દરરોજ અથવા લગભગ દરરોજ અચોક્કસ વખત માઈગ્રેન જેવી ઘટનાઓ સાથે થતી અસુવિધાને જુનું રોજિંદું શિરદર્દ કહે છે. જૂના રોજિંદાં શિરદર્દની સારવાર માટે વપરાતી લગભગ બધી દવાઓ સેરોટોનર્જીક પ્રક્રિયા પર અસર કરે છે. એ સૂચવે છે કે સેરોટોનિન આ બીમારીના ઉદ્ભવ અથવા સાતત્યમાં મહત્ત્વનો ભાગ ભજવે છે. અતિશય વપરાયેલી દવાઓ અચાનક બંધ કરવાથી "વીથડ્રોઅલ સીમ્પ્ટોમ્સ" નામે ઓળખાતા લક્ષણો જોવા મળે છે. લક્ષણ અનુસાર અપાતી દવાનો અતિશય વપરાશ કરવાથી પ્રતિરોધક સારવારની અસરકારકતા ઘટે છે. દવાઓ વ્યક્તિગતરૂપે બંધાણ (આદત), બિનઅસરકારકતા અથવા આડઅસર જેવી કે "અર્ગોટીઝમ" અથવા દર્દશામક દવાઓને કારણે મૂત્રપિંડને થતું નુકશાન પ્રકારની તકલીફ ઊભી કરી શકે છે. તેથી શિરદર્દની જુદી જુદી સ્થિતિઓમાં વપરાતી દવાઓના લક્ષ્ય, હેતુઓ અને તેમની આડઅસરો વિશે દર્દીને શિક્ષણ આપવું જરૂરી છે. સાદી દર્દશામક દવાઓ પહેલા વાપરવી જોઈએ. ત્યારબાદ દર્દશામક દવાઓનું સંયોજન, વ્યગ્રતાશામક દવાઓ સાથે અથવા તેમના વગર, અથવા સ્ટીરોઈડમુક્ત સંક્રમણ વિરોધી દવાઓ સાથે વાપરવું જોઈએ. કેફી દવાઓ જ્યાં સુધી શક્ય હોય ત્યાં સુધી ટાળવી જોઈએ અથવા એનો લઘુત્તમ ઉપયોગ થવો જોઈએ. તમામ દવાઓનો એ રીતે સીમિત ઉપયોગ થવો જોઈએ જેથી પરાવર્તી શિરદર્દ કે દવાઓની આદત પડવા જેવી તકલીફોથી બચી શકાય. દરેક દર્દીને ભારપૂર્વક જણાવવું જોઈએ કે દવાઓનો ઉપયોગ સખ્તાઈપૂર્વક તબીબી નિરીક્ષણ હેઠળ જ થવો જોઈએ.

કોષ્ટક 1 માં માઈગ્રેનનો પ્રતિરોધ કરવા માટે સામાન્યપણે વપરાતી દવાઓની યાદી છે. કોષ્ટક 2 માં દર્દશામક દવાઓની યાદી છે. દર્દશામક દવાઓને જ્યારે કેફીન સાથે આપવામાં આવે ત્યારે દર્દશામક દવાઓની અસરકારકતા વધે છે અને મોટાભાગના દર્દીઓને રાહત થાય છે. શિરદર્દના હુમલા દરમિયાન પીડાનું શમન કરવા અથવા પીડા પર નિયંત્રણ મેળવવા માટે દર્દશામક દવાઓ પર મુખ્ય આધાર રહે છે. દર્દશામક દવાઓના સંયોજનમાં બે કે તેથી વધુ દવાઓ હોય છે. ઉબકા ઘટાડવા માટે ઉલ્ટી વિરોધી દવા પણ ઉમેરી શકાય. વ્યગ્રતા ઓછી કરવા માટે નિદ્રા લાવનારી ગોળીઓ પણ ઉમેરી શકાય. દર્દશામક દવાઓના સંયોજનનો ઉપયોગ શ્રેષ્ઠ છે કારણ કે એમ કરવાથી દર્દીએ અલગ અલગ દવા લેવી પડતી નથી. જુદી જુદી દવાઓની માત્રાનું સંતુલન કરી શકાતું નથી, એ એનો ગેરફાયદો છે. કોષ્ટક-3 માં સ્ટીરોઈડવિહીન સંક્રમણવિરોધી દવાઓની યાદી આપવામાં આવી છે. માસિક ઋતુધર્મ વખતે થતું માઈગ્રેન, અવારનવાર હુમલારૂપે થતું માથાનું એક તરફનું જુનું દર્દ, ખાંસીને કારણે થતું શિરદર્દ તેમજ જાતીય સમાગમને કારણે થતું શિરદર્દ વગેરે સ્થિતિઓમાં આ દવાઓ પસંદગીની દવાઓ છે. ઈન્ડોમીથાસિન ખૂબ અસરકારક છે. એ મગજનો રક્તપ્રવાહ ઘટાડે છે અને કમરના પાણીનું દબાણ ઘટાડે છે. આ દવાઓ દર્દશામક દવાઓના સંયોજન સાથે આપી શકાય.

કોષ્ટક 1 : શિરદર્દના પ્રતિરોધ માટે વપરાતી દવાઓ

દવાઓ	વેપારી (બ્રાન્ડ) નામ	આડઅસર	પ્રતિબંધક સ્થિતિઓ
1. હતાશા વિરોધી ટ્રાઈસાઈક્લિક દવાઓ • નોરટ્રીપ્ટીલિન • એમીટ્રીપ્ટીલિન • ડોક્ઝેપીન હાઈડ્રોક્લોરાઈડ		પેશાબ અટકવો, મોં સુકાવું, વજન વધવું, ઉન્માદ	ઝામર, પેશાબ અટકવો
2. હતાશા વિરોધી અન્ય દવાઓ • ફ્લુઓકઝેટિન	ફ્લુડેક	ઊબકા, ઊલટી, ધ્રુજારી	ઝામર
3. કેલ્શિયમ ચેનલ બ્લોકર દવા • નીફેડિપિન • ફ્લુનારિઝિન	નોમિગ્રેઈન સાઈબેલિયમ	રક્તદાબનો ઘટાડો; શિરદર્દ, ઉબકા, હૃદયનો કાર્યવિક્ષેપ	હૃદયના ધબકારાની અનિયમિતતા
4. બીટા -બ્લોકર દવા • પ્રોપ્રેનોલોલ	ઈન્ડેરાલ	ઊંઘ વધારે આવવી, હતાશા, અનિદ્રા, સ્મૃતિ વિક્ષેપ, દુઃસ્વપ્ન	હૃદયનો કાર્યવિક્ષેપ, દમ,મધુપ્રમેહ
5. સેરોટોનિન • 5 એચ. ટી. 2 ગ્રહણ કેન્દ્ર ઉત્તેજક	મેથીસર્જાઈડ	પેટની પાછળ, ફેફસામાં અને હૃદયની અંદરના ભાગમાં તંતુયુક્ત પેશીનું સર્જન, ઉબકા, પેટનો દુઃખાવો, સ્નાયુનું કળતર, ધમનીઓમાં ઘટતો રક્તપ્રવાહ	
6. ખેંચ વિરોધી દવાઓ • ફેનીટોઈન • વાલપ્રોએટ	એપ્ટોઈન, એપ્સોલીન એપીલેક્સ	વધારે ઊંઘ આવવી, અસ્થિર ચાલ, વાળની અનિચ્છિત વૃદ્ધિ, વાળ ખરવા, વજન વધવું.	અતિસંવેદન શીલતા, યકૃત પર વિનાશક અસર
7. હિસ્ટામિન વિરોધી દવાઓ • સાઈપ્રોહેપ્ટાડીન	પેરીએક્ટિન	વધારે ઊંઘ આવવી, વજન વધવું	ઝામર, પ્રોસ્ટેટ ગ્રંથિની વૃદ્ધિ, મોટી વય

કોષ્ટક 2 : દર્દશામક દવાઓ

દવાઓ	વેપારી (બ્રાન્ડ) નામ	આડઅસર	પ્રતિબંધક સ્થિતિઓ
એ. સાદી દર્દશામક દવાઓ	મેજોરલ, એસ્પિરિન,	ઉબકા, ઉલ્ટી, પેટમાં રક્તસ્રાવ,	જઠરનો સોજો, રક્તસ્રાવ કે ચાંદું
1. એસીટાઈલ સેલિસિલિક એસિડ	ડિસ્પ્રિન	શીળવા, કાનમાં ઘંટડી જેવો અવાજ થવો.	
2. એસીટામીનોફેન	કાલ્પોલ, કોસિન, મેટાસિન		મૂત્રપિંડનું નુકશાન
બી. દર્દશામક દવાઓનું સંયોજન	એપીડીન, બેસેરોલ, બાયોસ્પિરિન, કોબ્યુટીલ, ફૉર્ટાજેસિક, ફૉર્ટવીન, માઈક્રોપાઈરિન, પ્રોકઝીવોન, સુધીનોલ	–	

કોષ્ટક 3 : સ્ટીરોઈડવિહીન સંક્રમણ વિરોધી દવાઓ

દવા	આડઅસર	પ્રતિબંધક સ્થિતિ
સેલિસીલેટ	પેટમાં દુઃખાવો, ઊબકા, કબજિયાત, ઝાડા, શિરદર્દ, અસમતુલા, અનિંદ્રા, કાનમાં ઘંટડીનો અવાજ થવો, શરીરમાં જળસંગ્રહ	જઠરમાં ન રૂઝાતું ચાંદું, યકૃત અને મૂત્રપિંડના ગંભીર રોગો
પ્રોપિઓનિક એસિડ • આઈબુપ્રોફેન • નેપ્રોકસેન • કીટોપ્રોફેન	ઉપર મુજબ -	ઉપર મુજબ -
એરાઈલ અને હેટેરોસાઈક્લિક એસીડ • ઈન્ડોમીથાસિન • ડાઈક્લોફેનાક • સુલિન્ડેક	ઊબકા, શિરદર્દ, સોજો, શ્વેતકણોનો ઘટાડો	દમ, સગર્ભાવસ્થા, સ્તનપાન, શીળવા
પ્રકીર્ણ • મેકલોફેનામેટ સોડિયમ • પીરોકસીકેમ	ઊબકા, પેટની ગરબડ, વાયુપીડા, અસમતુલા, શિરદર્દ	જઠરમાં ચાંદી, પેટ-આંતરડામાં રક્તસ્ત્રાવ

અર્ગોટ આલ્કલૉઈડ જૂથની દવાઓમાં અલગ અલગ પદાર્થોનો સમાવેશ થાય છે. શિરદર્દનો હુમલો શરૂ થવા પહેલા એને ડામવામાં આ પદાર્થો ઉપયોગી છે. ડાઈહાઈડ્રોઅર્ગોટિમાઈનની આડઅસરો ઓછી છે અને એ ઘણી અસરકારક છે. અર્ગોટિમાઈનના વપરાશ સામે અનેક પ્રતિબંધક સ્થિતિઓનો નિર્દેશ કરાયો છે જેમાં મૂત્રપિંડ અને યકૃતના રોગો, હૃદયની અને અન્ય ધમનીના રોગો, ઉચ્ચ રક્તદાબ અને સગર્ભાવસ્થા વગેરેનો સમાવેશ થાય છે. ઉબકા, ઉલ્ટી અને ઝણઝણાટી એ મુખ્ય આડઅસરો છે. અર્ગોટથી થતું પરાવર્તી શિરદર્દ એ એક મોટી સમસ્યા છે. અર્ગોટિમાઈનની ગોળીઓ મળાશયમાં પણ મૂકી શકાય.

વ્યગ્રતા અને હતાશા માટે વપરાતી દવાઓની અહીં ચર્ચા કરવામાં આવી નથી. મનોચિકિત્સાના વ્યવસ્થિત અભિગમમાં ઔષધીય ઉપચાર તો ફક્ત એક મુદ્દો છે. જૂનાં શિરદર્દની સંપૂર્ણ સારવારમાં મનોચિકિત્સાનું મૂલ્ય ઓછું ન અંકાવું જોઈએ.

12

તીવ્ર શિરદર્દની તાત્કાલિક સારવાર

શિરદર્દના તમામ દર્દીઓમાં મોટાભાગના તો માઈગ્રેન અને તણાવના શિરદર્દથી જ પીડાતા હોય છે. મોટાભાગના સમયે આવા કિસ્સા સામાન્ય તબીબના દવાખાનામાં અથવા હૉસ્પિટલના બાહ્ય દર્દીના વિભાગમાં સારવાર પામે છે. તે છતાં, શિરદર્દની મુખ્ય ફરિયાદવાળા દર્દીઓ તાત્કાલિક સારવાર વિભાગમાં આવી પહોંચે એ અસામાન્ય નથી. તાત્કાલિક સારવાર કરનાર તબીબ બે પ્રકારના શિરદર્દ ખાસ કરીને જોવા પામે છે. પહેલું, માઈગ્રેન જેવું, પ્રાથમિક રીતે માથાનું દર્દ અને બીજું, અન્ય કોઈ આંતરિક બીમારીનું સૂચન કરતું શિરદર્દ. આ બીજા જૂથને પહેલું અને તરત ધ્યાન આપવું પડે છે. આ જૂથ મોટું છે અને ઘણી તબીબી શાખાઓના વિષયોને આવરી લે છે. કેટલીક જીવલેણ સ્થિતિઓનો પણ આમાં સમાવેશ થાય છે, જેની સાથે ત્વરાથી કામ લેવું પડે છે. એરેકનોઈડ મેટરની નીચે (મગજના વચલા અને અંદરના આવરણની વચ્ચે) રક્તસ્રાવ, મગજનો સોજો, મગજની ગાંઠ, અચાનક વધી ગયેલું રક્તદાબ, પક્ષાઘાતનો હુમલો વગેરે પ્રત્યે ખાસ ધ્યાન આપવું પડે છે. કેટલાક દર્દીઓને મગજની ગાંઠ અથવા બીજી કોઈ ગંભીર બીમારી હોવાનો ભય હોય છે અને તેઓ સાંત્વન અને રાહત માટે તાત્કાલિક સારવાર વિભાગનો સંપર્ક કરે છે.

શારીરિક તપાસના પ્રકરણમાં વર્ણવ્યા અનુસાર વિગતવાર માહિતી, સંપૂર્ણ શારીરિક તપાસ, ચેતાતંત્રની તપાસ વગેરે કરીને શિરદર્દના શારીરિક અને ચેતાકીય કારણોની શક્યતા ચકાસી લેવી જોઈએ. બીજા જૂથના શિરદર્દોમાં, શિરદર્દ ટૂંકા સમયગાળાથી હોય છે, તીવ્રતામાં ધીમેધીમે વધારો થાય છે, મગજનું ચોક્કસ કેન્દ્ર ઈજા પામ્યું હોય એ પ્રકારનાં શારીરિક ચિહ્નો જોવા મળે છે. જો તબીબના મનમાં અચોક્કસતા હોય તો તજજ્ઞની સહાય લેવી જોઈએ. કમરના પાણીની તપાસ, સી.ટી., એમ.આર.આઈ અથવા એન્જિયોગ્રાફીથી આંતરિક બીમારીનું નિદાન કરી શકાય. પરીક્ષણોની પસંદગી અને તેમનો ક્રમ તજજ્ઞએ નક્કી કરવો જોઈએ. એકવાર આંતરિક બીમારી ઓળખાઈ જાય તો એ મુજબ સારવાર થવાથી શિરદર્દ આપોઆપ સારું થાય છે. વધુમાં વધુ, થોડા દિવસ દર્દશામક દવાઓની જરૂર પડી શકે.

એકવાર આંતરિક બીમારીઓની શક્યતાનો લોપ થઈ જાય, પછી તાત્કાલિક સારવાર વિભાગના તબીબે માઈગ્રેન પ્રકારના શિરદર્દના ગંભીર હુમલાની કાળજી

લેવાની રહે છે. જવલ્લેજ, તણાવ પ્રકારનું શિરદર્દ, ચેતાજન્ય પીડા અને રીફર્ડ પીડા, આ રીતે પ્રગટ થઈ શકે. દર્દીને અને એના કુટુંબને વિશ્વાસ અને સાંત્વન આપવા માટે સંપૂર્ણ શારીરિક તપાસ કરવી જોઈએ. પરીક્ષણો કરવા માટે પણ પરિવર્તનીય અભિગમ ધારણ કરવો જોઈએ.

શિરદર્દની તીવ્રતામાં ખૂબ ભિન્નતા જોવા મળે છે. માઈગ્રેનના દર્દીઓ કેટલીકવાર રોજ અને સતત શિરદર્દ અનુભવે છે અને "સ્ટેટસ માઈગ્રેનસ" તરીકે ઓળખવામાં આવે છે. આવું જુદા જુદા કારણસર થઈ શકે. તણાવ, વ્યગ્રતા અને માંદગીથી આ સ્થિતિનો ઉદ્ભવ થઈ શકે. પહેલા અસરકારક હોય તેવી દવાઓ હવે ન પણ અસર કરે. સારવારમાં કોઈ ગૂંચવણ ઊભી થાય અથવા દવાઓની આડઅસર થાય એવું પણ બને, તેથી તબીબે આવા દર્દીઓની યોગ્ય તજજ્ઞોને સાથે રાખીને સારવાર આપવી જોઈએ. દા.ત. આવા દર્દીને મગજના તબીબની સારવાર હેઠળ રાખવો બહુ હિતાવહ છે. સારવાર કરનાર તબીબનું તત્કાલીન લક્ષ્ય પીડામાં રાહત આપવાનું અથવા યાતના ઓછી કરવાનું છે. આ માટે વપરાતી દવાઓનો અગાઉ ઉલ્લેખ થઈ ચૂક્યો છે.

ઔષધીય સારવારની પદ્ધતિમાં ખૂબ ભિન્નતાને અવકાશ છે. જુદા જુદા તજજ્ઞના અભિગમ ભિન્ન હોય છે એટલા માટે નહીં; પરંતુ શિરદર્દ તીવ્રતા અને સંબંધિત પરિબળો અલગ અલગ હોય છે; તેથી સારવારમાં ભિન્નતા અપેક્ષિત જ છે. એક રસ્તો એવો લઈ શકાય કે મોઢેથી લેવાની તમામ દવાઓ બંધ કરીને શિરા વાટે સ્ટીરોઈડયુક્ત દવાઓ દર્દી રાહત અનુભવે ત્યાં સુધી થોડા દિવસ ચાલુ રાખવી. શિરદર્દના હુમલાને ડામવા માટે સ્ટીરોઈડનો ઉપયોગ થઈ શકે પરંતુ આ સારવાર સીધેસીધી તબીબી નિરીક્ષણ હેઠળ થવી જોઈએ. જો વ્યગ્રતા અને હતાશા પણ સાથે હોય તો તજજ્ઞની સેવાથી એની પણ યોગ્ય સારવાર કરવી જોઈએ.

એકવાર શિરદર્દનો તાકીદનો હુમલો સારો થાય પછી દરેક દર્દીને નિશ્ચિત, લાંબા સમયની સારવાર માટે તજજ્ઞનો સંપર્ક કરવા સૂચવવું જોઈએ. જરૂર જણાય ત્યારે દર્દીને ફરીવાર આવો હુમલો ન થાય એટલા માટે પ્રતિરોધક દવા લેવાની જરૂરિયાત વિશે સૂચવવું જોઈએ. હુમલાને શરૂઆતમાં ડામી દેનાર દવાઓના ઉચિત ઉપયોગ વિશે તેમને સલાહ આપવી જોઈએ. તજજ્ઞને નિયમિત રીતે મળતા રહેવું નિઃશંકપણે સલાહભરેલું છે.

13

ભવિષ્યની દિશાઓ

અનંતકાળથી દર્દીઓની ફરિયાદોમાં પીડાનું લક્ષણ પ્રાધાન્ય ભોગવે છે. આપણે એ પણ જાણી લેવું જોઈએ કે શિરદર્દ માત્ર બીમાર વ્યક્તિઓને થાય એવું નથી; તંદુરસ્ત, ક્રિયાશીલ અને સર્જનાત્મક લોકોને પણ તે પીડે છે. ઈતિહાસ, સંગીત, વિજ્ઞાન અને સાહિત્યની ઉચ્ચતમ પ્રતિભાઓ જેવી કે જુલિયસ સીઝર, એલેકઝાંડર, લુડવીગ વાન બીથોવન, ચાર્લ્સ ડાર્વિન, રૂડયાર્ડ કિપલીંગ, લેવીસ કેરોલ અને ગાય દ મોપાસાં આ તમામ શિરદર્દથી પીડાતા હતા.

તમામ પીડાકારી સ્થિતિઓમાં શિરદર્દ સૌથી વધુ વ્યાપક છે. એવી અસંખ્ય સ્થિતિઓ છે જે શિરદર્દરૂપે પ્રગટ થાય છે. મગજનાં અને શિરદર્દનાં દવાખાનામાં આવતાં દર્દીઓમાંથી મોટાભાગના તણાવનાં શિરદર્દ અથવા માઈગ્રેનના દર્દી હોય છે. શિરદર્દના તમામ પાસાઓ જેવા કે એની પ્રક્રિયા, એના જૈવરાસાયણિક પરિબળો, રાસાયણિક વાહકોનું મહત્ત્વ અને ઔષધીય ચિકિત્સા, દરેકમાં નોંધપાત્ર વૈજ્ઞાનિક વિકાસ થયો છે. થોડા વર્ષ પહેલા તણાવના શિરદર્દને તણાવ તેમજ સ્નાયુસંકુચનને કારણે થતું હોવાનું માનવામાં આવતું હતું, જ્યારે માઈગ્રેન રક્તવાહિનીજન્ય માનવામાં આવતું હતું. અદ્યતન સમજ મુજબ સેરોટોનર્જીક માર્ગનું મહત્ત્વ અને પ્રક્રિયા જાણી શકાઈ છે, તેથી હવે માનવામાં આવે છે કે તણાવનું શિરદર્દ, સામાન્ય માઈગ્રેન કે જટિલ માઈગ્રેન તમામ પ્રકારના કિસ્સામાં એક જ પ્રકારની આંતરિક પ્રક્રિયા કામ કરે છે. જૈવ રાસાયણિક પ્રક્રિયાઓમાં હળવો વિક્ષેપ થાય તો તણાવનું શિરદર્દ, મધ્યમસરનો વિક્ષેપ થાય તો સામાન્ય પ્રકારનું માઈગ્રેન અને ગંભીર પ્રકારનો વિક્ષેપ થાય તો જટિલ પ્રકારનું માઈગ્રેન થાય છે. આ સમજણના વિકાસ સાથે હવે જૈવ રાસાયણિક પરિવર્તનોને માપી, એને દર્દીના લક્ષણો સાથે સરખાવવાનું રસપ્રદ થઈ રહેશે. આ દિશામાં કરોડરજ્જુના પશ્ચશૃંગ કોષો ઉપરના મગજ તરફ જતાં અને મગજ તરફથી આવતાં નિયંત્રણો ઉપર એમનું ધ્યાન કેન્દ્રિત કરી રહ્યા છે. આ "ગેટ કન્ટ્રોલ સિદ્ધાંત" નો મુસદ્દો છે. સંશોધકો હવે એ નક્કી કરવા પ્રયત્ન કરી રહ્યા છે કે આ દ્વાર (ગેટ) ખોલવા અને બંધ કરવા માટે ક્યા તત્ત્વો જવાબદાર છે. પીડાની શરીરક્રિયા, પર્યાવરણનો ફાળો, મગજની અસર અને

પીડા થવા માટે તેમ જ એના પ્રત્યાઘાત વિશેના વ્યક્તિગત ભેદ વિગેરેને સમજવામાં આ સંશોધનો મદદ કરશે.

શરીરમાં પ્રવેશ્યા વગર નિદાન કરવા માટેની તકનિકી સુવિધાઓ ઉપલબ્ધ થવાને કારણે લક્ષણયુક્ત શિરદર્દના કિસ્સામાં આંતરિક બીમારીઓનું પરીક્ષણ કરવું સરળ બન્યું છે. આપણે જાણીએ છીએ તેમ શિરદર્દના મોટાભાગના દર્દીઓને કોઈ આંતરિક ઈજા હોતી નથી. શારીરિક ફેરફારોનો અભ્યાસ કરવા માટેની નવી તકનિકી સુવિધા જેવી કે પી.ઈ.ટી. (પોઝીશન એમીશન ટોમોગ્રાફી) વગેરે અને એસ.પી.ઈ.સી.ટી. (સીંગલ ફોટોન એમીશન કોમ્પ્યુટર ટોમોગ્રાફી) વગેરે વધુ ઉત્તમ સમજણનો માર્ગ ખોલી રહ્યાં છે અને આશા રાખી શકાય કે આ તકનિકી સુવિધાઓથી ઝડપી અને સચોટ નિદાન મળવા માંડશે એ દિવસ દૂર નથી.

શિરદર્દ સાથે સંકળાયેલા જૈવરાસાયણિક પરિબળોની સારી સમજણ મળવાને કારણે કેટલાક વિશિષ્ટ સારવારલક્ષી મુદ્દાઓનો વિકાસ થયો છે. આ દિશામાં વધુ પ્રગતિ થવાથી સારી સબળ અને વધુ વિશિષ્ટ દવાઓનો વિકાસ થશે. 5-એચ.ટી-1 અને 5 એચ.ટી-2 ઉત્તેજક દવાઓ ઉપલબ્ધ થઈ ચૂકી છે અને ટૂંક સમયમાં વધુ વિશિષ્ટ અને સબળ દવાઓ ઉપલબ્ધ થશે. એકવાર જૈવરાસાયણિક પરિવર્તનો શિરદર્દના લક્ષણો સાથે સાંકળી શકાશે પછી શિરદર્દનું વર્ગીકરણ યાદ રાખવામાં અને દૈનિક પ્રેકટીસમાં અનુસરવામાં સહેલું થઈ જશે. જૈવ રાસાયણિક પરિબળો કે જે પીડાના અનુભવનું નિયમન કરે છે તેમાં ફેરફાર કરી શકવાની ક્ષમતા પ્રાપ્ત કરવી એ ભાવિનું ધ્યેય છે. આપણને પીડા અને શિરદર્દની યાતનાથી મુક્ત કરી અથવા આપણી યાતના ઓછી કરી, આ દુનિયાને સારી અને જીવવા જેવી બનાવવા માટે વૈજ્ઞાનિકોએ એમનું સંશોધનકાર્ય ચાલુ રાખવું જ રહ્યું.

પારિભાષિક શબ્દકોશ

Acetylcholine (એસીટાઈલકોલિન) : ચેતાતંતુઓ અને ચેતાજોડાણોમાં સંવેદનાઓના વહન માટે ઉપયોગી રસાયણોનું એક.

Acupressure (એક્યુપ્રેશર) : ચિકિત્સાની એક પદ્ધતિ જેમાં રોગ અનુસાર શરીરના ચોક્કસ ભાગોમાં સોય ભોંકીને સારવાર કરવામાં આવે છે.

Acute (એક્યુટ) : તીવ્ર અને ટૂંકાગાળાનું. સરખાવો *Chronic*

A-Delta fobres (એ-ડેલ્ટા ફાઈબર્સ): ધીમી ગતિએ સંવેદનાઓનું વહન કરનારા અમુક પ્રકારના સંવેદનાવાહક જ્ઞાનતંતુઓ. તેમની આસપાસ એકદમ પાતળું બાહ્યાવરણ ધરાવે છે.

Affective (અફેક્ટિવ) : ભાવનાત્મક મનોસ્થિતિને લગતું.

Afferent (એફેરેન્ટ) : શરીરના જુદાજુદા ભાગોમાંથી મગજ તરફ સંવેદનાઓનું વહન કરનારી ચેતાઓ.

Algometer (આલ્ગોમીટર) : પીડાજનક ઉત્તેજના પ્રત્યેની સંવેદનશીલતા માપવા માટે વપરાતું એક સાધન.

Anaemia (એનીમિયા) : લોહીનાં લાલકણોમાં આવેલાં હીમોગ્લોબિન નામનાં લાલ રંગનાં તત્ત્વનું પ્રમાણ ઘટવાથી પેદા થતી વ્યાધિ. પાંડુરોગ

Analgesic (એનાલ્જેસિક) : દર્દશામક. એ જૂથની દવાઓ.

Angina (એન્જાઈના) : શારીરિક શ્રમ અથવા માનસિક તાણને વખતે હૃદયને મળતા રક્તપૂરવઠામાં ઊણપ પેદા થાય તો છાતીનાં ડાબા પડખામાં એકાએક ઊભો થતો દુઃખાવો. હૃદયશૂળ.

Angiography (એન્જિયોગ્રાફી) : શરીરનાં રક્તવાહિનીતંત્રનાં પરીક્ષણની વિશિષ્ટ પદ્ધતિ, જેમાં ઈન્જેકશન વાટે નસમાં અપારદર્શક પ્રવાહી દાખલ કરીને એક્સ રે દ્વારા રક્તવાહિનીઓની વિવિધ વ્યાધિઓનું નિદાન કરવામાં આવે છે.

Anorexia (એનોરેક્સિયા) : ખોરાકની અરૂચિ થવી તે.

Antiemetic (એન્ટિઈમેટિક) : ઉલટીઓ બંધ કરવા માટે આપવામાં આવતી દવાઓ.

Anxiolytic (એન્ગ્ઝિયોલાઈટિક) : માનસિક તાણ હળવું કરનાર; તે જૂથની દવાઓ.

Apical (અપાઈકલ) : કોઈપણ અવયવના ટોચ ઉપર અથવા નજીક આવેલું.

Apnoea (એપ્નિયા) : શ્વાસોચ્છ્વાસમાં ક્ષણિક રુકાવટ આવવી તે.

Arachnoid mater (એરેક્નોઈડ મેટર) : મગજ અને કરોડરજ્જુની આસપાસ આવેલાં ત્રણ પૈકીનું મધ્ય, નાજુક, તંતુમય આવરણ.

Arteriovenous anastomosis (આર્ટીરિયોવીનસ એનેસ્ટોમોસિસ) : (શુદ્ધ લોહીનું વહન કરનારી) ધમનીઓ અને (અશુદ્ધ લોહીનું વહન કરનારી) શિરાઓ વચ્ચે અસાધારણ જોડાણને કારણે પેદા થતો રક્તપ્રવાહ.

Arteritis (આરટરાઈટિસ) : સૂક્ષ્મ જીવાણુઓના ચેપને કારણે ધમનીઓમાં પેદા થતો સોજો.

Aura (ઓરા) : શિરદર્દ, આધાશીશી કે ખેંચના હુમલા પૂર્વે પેદા થતાં શરૂઆતનાં કે ચેતવણી સૂચક ચિહ્નો

Auscultation (ઓસ્કલ્ટેશન) : સ્ટેથોસ્કોપ (ડૉક્ટર દ્વારા વાપરવામાં આવતાં ભૂંગળી જેવાં એક સાધન) દ્વારા સાંભળીને કરવામાં આવતું શારીરિક પરીક્ષણ.

Autonomic (ઓટોનોમિક) : સ્વયંસંચાલિત અથવા અનિચ્છાવર્તી જ્ઞાનતંત્રનો એક ભાગ.

Axon (એક્ઝોન) : ચેતાકોષનો તંતુમય ભાગ જે સંવેદનાઓનું વહન કરે છે.

Basillar artery (બેઝિલર આર્ટરી) : મગજનાં તળિયાના ભાગમાં આવેલી એક ધમની.

Base Migraine (બેઝ માઈગ્રેન) : બેઝિલર ધમની મગજના જે ભાગમાં રક્તપૂરવઠો પૂરો પાડતી હોય તે વિસ્તારમાં અનુભવાતાં આધાશીશીનાં લક્ષણો.

Biopsy (બાયોપ્સી) : શરીરની જીવંત પેશીનો નાનકડો ટૂકડો લઈને સૂક્ષ્મદર્શક યંત્ર હેઠળ જોવાની પરીક્ષણની એક નિદાન પદ્ધતિ.

Blood - brain barrier (બ્લડ - બ્રેઈન બેરીયર) : મગજ અને રક્તવાહિનીઓ વચ્ચે આવેલું એક આવરણ, જે માત્ર પસંદગીની દવાઓને જ રક્તમાંથી મગજ અને કરોડરજ્જુની આસપાસ આવેલાં પ્રવાહીમાં પ્રસરવા દે છે.

Brain stem (બ્રેઈન સ્ટેમ) : મધ્ય મગજ, મજ્જા સેતુ તેમજ લંબમજ્જાનો બનેલો મગજનો ભાગ.

Cardio - vascular (કાર્ડિયો-વાસ્ક્યુલર) : હૃદય અને રક્તવાહિનીઓને લગતું.

Carotid (કેરોટિડ) : મસ્તક અને મગજને શુદ્ધ લોહી પૂરું પાડતી ધોરી નસ: મસ્તિષ્ક ધમની.

Cephalgia (કેફાલ્જિયા) : મસ્તકમાં થતું દર્દ.

Cephalic (કેફાલિક) : મસ્તકને લગતું.

Cerebral (સેરીબ્રલ) : મોટા મગજને લગતું.

Cerebro-Spinal Fluid (સેરીબ્રો-સ્પાઈનલ ફ્લ્યુડ) : મગજ અને કરોડરજ્જુનાં આંતરૂ અને મધ્ય આવરણની વચ્ચે આવેલું પ્રવાહી જે તેમને પોષણ પૂરું પાડવાનું કાર્ય કરે છે; મસ્તિષ્ક જળ.

Cerebrum (સેરીબ્રમ) : મગજનો તે નામથી ઓળખાતો એક ભાગ; મોટું મગજ.

Cervical vertebrae (સર્વાઈકલ વર્ટીબ્રા) : ગરદનના મણકા; તે ધડના મણકાને મસ્તક સાથે જોડે છે. તેમની સંખ્યા 7 છે.

C-fibres (સી-ફાઈબર્સ) : સંવેદનોનું અતિશય ધીમી ગતિએ વહન કરનારી ચેતાઓ. તેમની આસપાસ કોઈ અવાહક આવરણ હોતું નથી.

Chronic (ક્રોનિક) : દીર્ઘકાલીન અથવા લાંબાગાળાનું. સરખાવો : *acute.*

Computerised tomography (કોમ્પ્યુટરરાઈઝ્ડ ટોમોગ્રાફી ; સી.ટી.) જૂઓ- *tomography.*

Conjunctiva (કન્જંક્ટાઈવા) : આંખના ગોળાના આગળના ભાગ તેમજ પાંપણોના અંદરના ભાગને ઢાંકતુ ચામડીનું એક પાતળું, પારદર્શક આવરણ.

Contralateral (કોન્ટ્રાલેટરલ) : (શરીરની) વિરુદ્ધ બાજુનું.

Contusion (કન્ટ્યુઝન) : ચામડીની નીચે આવેલી પેશીઓને થયેલી ઈજા. તેમાં ચામડી અખંડિત રહે છે.

Corneal reflex (કૉર્નિયલ રીફ્લેક્સ) : આંખની એક રક્ષણાત્મક, પરાવર્તી ક્રિયા, જેમાં આંખના પારદર્શક પટલને રૂના તંતુઓ વડે સ્પર્શતા આંખની પાંપણો અનૈચ્છિક રીતે બંધ થઈ જાય છે.

Coronary (કૉરોનરી) : હૃદયને લગતું

Coronary arteries (કૉરોનરી આર્ટરીઝ) : હૃદયને શુદ્ધ લોહી પૂરું પાડનારી ધમનીઓ. હૃદય ધમની. તેમાં અવરોધ પેદા થવાથી હૃદયરોગ પેદા થાય છે.

Cortex (કોર્ટેક્સ) : કોઈપણ અવયવનો બાહ્ય ભાગ. કવચ.

Corticosteroid (કૉર્ટિકોસ્ટીરોઈડ) : મૂત્રપિંડ ઉપર આવેલી અધિવૃક્ક ગ્રંથિઓ (એડ્રેનલ કૉર્ટેક્સ) દ્વારા પેદા થતો અંતઃસ્રાવ.

Craniotomy (ક્રેનિયોટોમી) : મસ્તકની શસ્ત્રક્રિયા જેમાં ખોપરીનાં અસ્થિનો અમુક ભાગ દૂર કરવામાં આવે છે.

Cranium (ક્રેનિયમ) : મગજને ઢાંકતો ખોપરીનો ભાગ તે અસ્થિનો બનેલો છે.

CSF (સી.એસ.એફ) : જૂઓ *Cerebro-Spinal Fluid.*

CT (સી.ટી.) : જૂઓ *Computerised tomography.*

Cytotoxic (સાઈટોટૉક્સિક) : કોષનાશક. કેટલીક કોષનાશક દવાઓ કેન્સરના કોષોનો નાશ કરવાની શક્તિ ધરાવે છે, પરંતુ શરીરના સામાન્ય કોષોને તે ઈજા કરતી નથી. આથી તે કેન્સરની સારવારમાં ઉપયોગી છે.

Dermatomal (ડર્મેટોમલ) : કોઈ એક ચેતા દ્વારા આવરી લેવાયેલો શરીરની સપાટીનો ચોક્કસ ભાગ.

Dilatation (ડાઈલેટેશન) : પહોળું કરવું કે વિસ્તારવું.

Distal (ડિસ્ટલ) : દૂરનું અથવા છેડેનું. વિરોધીઃ *Proximal.*

Doppler studies (ડોપલર સ્ટડીઝ) : સૂક્ષ્મ તરંગો ધરાવતાં અવાજનાં મોજાઓ ધ્વારા હૃદય અને રક્તવાહિનીઓની અંદર રક્તપ્રવાહ માપવાની એક પરીક્ષણ પદ્ધતિ.

Dorsal (ડૉર્‌સલ) : (કોઈપણ અવયવ કે શરીરનો) પાછળનો ભાગ.

Dura mater (ડ્યૂરા મેટર) : મગજ અને કરોડરજ્જુનું બાહ્ય આવરણ. તે જાડી ચામડીનું બનેલું છે અને આસપાસના અસ્થિથી મગજને છૂટું પાડે છે.

Dyaesthesia, dyaesthetic (ડાયેસ્થેસિયા, ડાયેસ્થેટિક) : પીડાદાયક. અસાધારણ સંવેદનઃ સ્પર્શ સંવેદનાની ઊણપ.

Electroencephalography ; EEG (ઈલેક્ટ્રોએન્સેફેલોગ્રાફી, ઈ.ઈ.જી.) : મસ્તકની બાહ્ય સપાટી પરથી મગજના વિદ્યુત તરંગો નોંધવાની એક નિદાનપદ્ધતિ. તે મગજની વિવિધ વ્યાધિઓનાં નિદાન માટે ઉપયોગી છે.

Electromyography, EMG (ઈલેક્ટ્રોમાયોગ્રાફી, ઈ.એમ.જી.) : સંકુચન દરમિયાન સ્નાયુઓમાં ઉત્પન્ન થતા વિદ્યુત તરંગો નોંધવાની એક પરીક્ષણ પદ્ધતિ.

Encephalin (એન્સેફેલિન) : મગજમાં ઉત્પન્ન થતાં એન્ડોર્ફિન નામના અંતઃસ્રાવોમાંનું એક.

Encephalitis (એન્સેફેલાઈટિસ) : મગજની પેશીઓમાં સૂક્ષ્મ જીવાણુઓનો ચેપ લાગુ પડવાથી થતી એક સંક્રામક વ્યાધિ.

Endocardial (એન્ડોકાર્ડિયલ) : હૃદયના અંતઃઆવરણને લગતું.

Endogenous (એન્ડોજીનસ) : શરીરની અંદર પેદા થતું.

Endorphins (એન્ડોર્ફિન્સ) : મોર્ફિન કે ઓપિયમ જેવા ગુણો ધરાવતાં, પ્રોટીનનાં બનેલાં, કેટલાક રસાયણો, જે મગજ દ્વારા ઉત્પન્ન થાય છે. તે પીડા દૂર કરવાનો ગુણ ધરાવે છે.

Ergotamines (અર્ગોટિમાઈન્સ) : રક્તવાહિનીઓનું સંકોચન પેદા કરતી અમુક જૂથની દવાઓ.

Ergotism (અર્ગોટિઝમ) : અર્ગોટ નામની ફૂગથી પેદા થતી વિષકારી અસર.

Erythema (ઈરીથેમા) : ચામડીની લાલાશ.-

ESR (ઈ.એસ.આર.) : કાચની વિશિષ્ટ નળીમાં એકઠા કરવામાં આવેલાં લોહીમાંનાં લાલકણોની નીચે ઠરવાની ગતિ. *Erythrocyte Sedimentation Rate.* તેનો આંક વધેલો જણાય તો શરીરમાં સંક્રામક રોગની સંભાવના દર્શાવે છે.

Erythrocyte (ઈરીથ્રોસાઈટ) : લોહીમાંનાં લાલકણો.

Exteroceptive (એક્સ્ટીરોસેપ્ટિવ) : ચામડી દ્વારા સંવેદન અનુભવી શકે તેવી ગ્રહિતાઓ.

Exudates (એક્ઝુડેટ્સ) : દાહ *(inflammation)* ની અસરને કારણે પેદા થતું પ્રવાહી. તેમાં મૃત પેશીના અંશો આવેલા હોય છે.

Fibrosis (ફાઈબ્રોસિસ) : અતિશય માત્રામાં તંતુમય પેશી બનવાની પ્રક્રિયા.

Focal cerebral cortical dysfunction (ફોકલ સેરીબ્રલ કૉર્ટિકલ ડીસ્ફંક્શન) : મગજના અમુક ભાગમાં પેદા થતી કાર્યહિનતા.

Foramen (ફોરામેન) : કાણું અથવા દ્વાર.

Fossae (ફોસી) : ખોપરીની અંદરનું પોલાણ જે વિવિધ ભાગોમાં વહેંચાયેલું છે તે દરેક ભાગને fossa (એ.વ. *fossa* ; બ.વ. *fossae*) કહે છે.

Ganglion (ગેંગ્લીયોન) : ચેતાકોષોની બનેલી ગાંઠ.

Ganglionolysis (ગેંગ્લીયોનોલાઈસિસ) : ચેતાકોષોની બનેલી ગાંઠ અને તેના મૂળ દૂર કરવાની શસ્ત્રક્રિયા.

Gasserian ganglion (ગેસેરિયન ગેંગ્લીયન) : ખોપરીનાં પોલાણમાં ઊંડેથી આવેલી ચેતાકોષોની એક ગાંઠ.

Glossopharyngeal nerve (ગ્લોસોફેરીન્જીયલ નર્વ) : નવમી કરોટીય *(cranial)* ચેતા, જે જીભ અને સ્વરપથ *(pharynx)* ના સંવેદનોનું વહન કરે છે. રસના કંઠ ચેતા.

Grey matter (ગ્રે મેટર) : જ્ઞાનતંત્રની અંદર ચેતાકોષોનો સમૂહ જ્યાં આવેલો હોય તે ભૂખરા રંગનો ભાગ.

Haematoma (હીમેટોમા) : જામી ગયેલા લોહીની ગાંઠ.

Hemicrania (હેમીક્રેનિયા) : મસ્તકના અર્ધા ભાગમાં થતું શિરદર્દ.

Hemiparesis (હેમીપરેસિસ) : શરીરના એક બાજુનાં પડખે થતી લકવાની હળવી અસર. પક્ષાઘાત

Hemiplegic migraine (હેમીપ્લેજીક માઈગ્રેન) : શરીરના એક પડખામાં પક્ષાઘાતની અસર પેદા કરતો આધાશીશીનો હુમલો.

Hepatic (હીપેટિક) : યકૃતને લગતું.

Histamine (હિસ્ટામિન) : ચેતાતંતુઓના છેડા ઉપર સ્રાવતું એક રસાયણ.

Histology (હિસ્ટોલોજી) : કોષો કે પેશીઓની સંરચનાને સૂક્ષ્મદર્શક યંત્ર હેઠળ જોવાની એક નિદાન પદ્ધતિ.

Hormones (હોર્મોન્સ) : શરીરમાં આવેલી અંતઃસ્રાવી ગ્રંથિઓ દ્વારા પેદા થતાં રસાયણો. તે સીધા રક્તમાં ભળીને તેમના લક્ષિત કાર્યસ્થાન કે અવયવોમાં પહોંચે છે અને શરીરની આંતરિક ક્રિયાઓના નિયમનનું કાર્ય કરે છે. અંતઃસ્રાવો.

Horn (હોર્ન) : કરોડરજ્જુના આગળ અને પાછળના ભાગમાં આવેલો ભૂખરા રંગનો શૃંગ આકારનો ભાગ. તે બે છે : પશ્ચ શૃંગ અને અગ્ર શૃંગ.

Hypertension (હાઈપરટેન્શન) : લોહીના ઊંચા દબાણનો વ્યાધિ.

Hypertrophy (હાયપરટ્રોફી) : કદમાં અસાધારણ વૃદ્ધિ થવી તે.

Hypothalamus (હાયપોથેલેમસ) : ચેતક *(thalamus)* ની નીચે આવેલો મગજનો એક ભાગ. અધઃચેતક

Idiopathic (ઈડીયોપથિક) : જેનું નિશ્ચિત કારણ ન હોય તેવી (વ્યાધિ).

Imununosuppresssion (ઈમ્યુનોસપ્રેશન) : શરીરની કુદરતી રોગપ્રતિકારક શક્તિનો નાશ થવો તે.

Infarction (ઈન્ફાર્કશન) : શરીરનાં અવયવના કોઈ એક ભાગમાં એકાએક રક્તાવરોધ પેદા થવાથી તે ભાગની પેશીઓ નાશ પામવી. તે હૃદયમાં આવું બને ત્યારે હૃદય રોગનો હુમલો આવે છે.

Innervation (ઈનર્વેશન) : ચેતાતંતુઓનો પૂરવઠો.

Interneurons (ઈન્ટરન્યૂરોન્સ) : સંવેદનાવાહક અને આજ્ઞાધારક ચેતાઓ વચ્ચેનું જોડાણ જેના કારણે સમન્વયકારક પ્રવૃત્તિઓ સંભવે છે.

Interoceptors (ઈન્ટેરોસેપ્ટર્સ): શરીરના આંતરિક અવયવોમાં ઉદ્ભવતી સંવેદનાઓ ગ્રહણ કરનાર ગ્રહિતાઓ.

Interstitial Inflammation (ઈન્ટરસ્ટિશિયલ ઈન્ફ્લેમેશન): શરીરની સંધિ કોષજાળ *(Connective tissue)* માં પેદા થતી દાહની પ્રતિક્રિયા.

Ipsilateral (ઈપ્સીલેટરલ): શરીરની જે તે બાજુનું જ. સરખાવો: *contralateral.*

Ischaemia (ઈસ્કેમિયા): કોઈપણ અવયવના રક્તપૂરવઠામાં અવરોધ પેદા થવાથી તેની પેશીઓમાં ઊભી થતી પરિસ્થિતિ.

Laceration (લેસરેશન): ઈજાથી ચામડીમાં ભંગાણ થવું તે.

Lacrimation (લેક્રાઈમેશન) : અશ્રુ પ્રવાહ.

Lancrinating (pain) (લેન્કીનેટિંગ પેઈન): તીક્ષ્ણ, ભોંકાતું હોય તેવો (દુઃખાવો).

Lemniscus (લેમ્નિસ્કસ) : કરોડરજ્જુમાંથી આવેલા સંવેદનાવાહક કેન્દ્રોમાંથી ઉપરની તરફ મગજમાં જતાં ચેતાતંતુઓનો સમૂહ.

Lesion (લીઝન): ઈજા કે રોગગ્રસ્ત ભાગ.

Leucopenia (લ્યૂકોપીનિયા): લોહીમાંના શ્વેતકણો ઘટી જવા તે.

Limbic zone (લિમ્બિક ઝોન): મગજનો એક ભાગ. તે લાગણીઓની અનુભૂતિ સાથે સંકળાયેલો છે.

Lobe (લોબ): અવયવનો ગોળાકાર ભાગ જે તે અવયવના અન્ય ભાગો કરતાં જુદો તરી આવતો હોય.

Locus ceruleas (લોકસ સેરૂયુલીયસ): મગજની નજીક આવેલો, રંગીન ચેતાકોષોનો સમૂહ ધરાવતો ભાગ.

Lumbar (લમ્બર): શરીરનો કમરનો ભાગ.

Lumbar puncture (લમ્બર પંક્ચર): એક પરીક્ષણ પદ્ધતિ જેમાં કમરના મણકાઓ વચ્ચેની જગ્યામાં થઈને જંતુરહિત કરેલી પોલી સોયને કરોડરજ્જુની આસપાસ આવેલા પ્રવાહીનાં આવરણમાં દાખલ કરવામાં આવે છે. સોય વાટે બહાર કાઢવામાં આવેલા પ્રવાહીનું લેબોરેટરીમાં પરીક્ષણ કરવામાં આવે છે.

Lumen (લ્યુમેન): નળાકાર અવયવની અંદરનું પોલાણ.

Lymph (લીમ્ફ): લસિકાવાહિનીઓમાં ફરતું એક પ્રવાહી લસિકારસ.

Lymphoma (લીમ્ફોમા): લસિકા પેશીઓનું કેન્સર.

Macule (મેક્યુલ): ચામડી ઉપર (ઉપસી ન આવેલું હોય તેવું) બદલાયેલા રંગનું ચાઠું.

Magnetic Resonance Imaging/angiography (MRI) (મેગ્નેટિક રેઝોનન્સ ઈમેજિંગ/એન્જીયોગ્રાફી - એમ. આર. આઈ): રક્તવાહિનીઓની એક પરીક્ષણ પદ્ધતિ જેમાં ચુંબકીય તરંગો દ્વારા રક્તવાહિનીઓની આલેખાત્મક છાપ મેળવવામાં આવે છે. આ પદ્ધતિમાં પરીક્ષણ અગાઉ રક્તવાહિનીમાં કોઈ જાતનું અપારદર્શક પ્રવાહી ઈંજેક્શન આપવામાં આવતું નથી એ દૃષ્ટિએ તે સામાન્ય એન્જિયોગ્રાફીથી જુદું પડે છે.

Malignant (મેલિગ્નન્ટ): ભયજનક; જીવલેણ નીવડી શકે તેવું.

Malinger (મેલિન્ગર): (બીમારીનો) ડોળ કરવો તે.

Mandibular (મેન્ડિબ્યુલર): નીચલાં જડબાંને લગતું.

Maxillary (મેક્ઝીલરી): ઉપલાં જડબાંને લગતું.

Meatus (મીયેટસ): દ્વાર અથવા મુખ; ઉદાહરણ તરીકે *'auditory meatus'* એટલે કર્ણ દ્વાર.

Medulla oblongata (મેડ્યુલા ઓબ્લોન્ગેટા): મગજનો સૌથી છેડેનો ભાગ જેના પછી કરોડરજ્જુની શરૂઆત થાય છે. લંબમજ્જા.

Menarche (મેનાર્કી): રજોપ્રવૃત્તિ - માસિકધર્મની શરૂઆત થાય તે.

Meninges (મેનિન્જીસ): મગજ અને કરોડરજ્જુની આસપાસ આવેલું રક્ષણાત્મક આવરણ.

Meningitis (મેનિન્જાઈટિસ): મગજ અને કરોડરજ્જુની આસપાસ આવેલાં પાયા *(Pia)* અને અરેક્નોઈડ *(arachnoid)* નામનાં આવરણોમાં સૂક્ષ્મ જીવાણુઓના ચેપથી લાગુ પડતી સંક્રામક વ્યાધિ.

Mesencephalon (મેઝેન્કેફેલોન): મધ્ય મગજ.

Metabolism (મેટાબોલિઝમ): શરીરમાં ચાલતી જીવન સંવર્ધક રાસાયણિક ક્રિયાઓ. ચયાપચયની ક્રિયાઓ.

Migraine (માઈગ્રેન): માથાના, સામાન્ય રીતે કોઈ એક પડખામાં થતો, ઊલટી અને ઊબકા સાથે સંકળાયેલો પુનરાવર્તી દુઃખાવો. આધાશીશી.

Migrainous infarction (માઈગ્રેનસ ઈન્ફારૂક્શન) : આધાશીશીના હુમલા દરમિયાન અમૂક રક્તવાહિનીઓમાં અવરોધ પેદા થવાથી તે ભાગની પેશીઓ મૃતપાય થવી તે.

Miosis (મિયોસિસ): કૃષ્ણમંડળના વર્તુળાકાર સ્નાયુઓના સંકોચનથી આંખની કીકી નાની થવી તે.

Morphology (મોર્ફોલોજી): કોઈપણ સજીવ વસ્તુ કે અવયવની રચનાનો અભ્યાસ કરવો તે.

MR; MRI (એમ.આર.; એમ.આર.આઈ): જૂઓ *Magnetic Resonance Imaging.*

Myelin (માયેલિન): ચેતાતંતુની આસપાસ આવેલું સફેદ ચરબીયુક્ત આવરણ.

Myelitis (માયેલાઈટિસ): કરોડરજ્જુમાં સૂક્ષ્મ જુવાણુઓથી થતી સંક્રામક વ્યાધિ.

Necrotic (નેક્રોટિક): શરીરના કોઈએક ભાગની પેશીઓનું મૃતપાય થવું. તેને લગતું.

Neoplastic disease (નીયોપ્લાસ્ટિક ડીઝીઝ): શરીરના અમૂક ભાગમાં કોષોની અસાધારણ વૃદ્ધિને કારણે નવી પેશીઓ બનવાથી પેદા થતો રોગ. ઉદાહરણ તરીકે, કેન્સરની ગાંઠ.

Nephropathy (નેફ્રોપથી): મૂત્રપિંડની વ્યાધિ કે ઈજા.

Neural (ન્યૂરલ): ચેતાતંતુ કે મગજને લગતું.

Neuralgia (ન્યુરાલ્જિયા): ચેતાતંતુના માર્ગ કે તેના દ્વારા આવરી લેવાયેલા વિસ્તારમાં દુ:ખાવો થવો તે.

Neurofibroma (ન્યૂરોફાઈબ્રોમા): ચેતાતંતુની નિર્દોષ *(benign)* ગાંઠ.

Neurofibroma (ન્યૂરોજેનિક): જ્ઞાનતંત્રને લગતું.

Neurological (ન્યૂરોલોજીકલ): ચેતાતંત્ર - મગજ, કરોડરજ્જુ વિગેરેને લગતું.

Neuron (ન્યૂરોન): ચેતાકોષ.

Neuronal (ન્યૂરોનલ): ચેતાકોષને લગતું.

Neurotransmitter (ન્યૂરોટ્રાન્સ્મીટર): ચેતાઓમાં અને ચેતાજોડાણો આગળ સંવેદનાના વહન માટે ઉપયોગી રસાયણ.

Nociceptive (નોસિસેપ્ટિવ): દર્દની સંવેદના અનુભવવા કે વહન કરવાની ક્ષમતા ધરાવતું.

Noradrenaline (નોરએડ્રેનાલિન) : જ્ઞાનતંત્રમાં સંવેદનાઓનું વહન કરવા માટે વપરાતું એક ચેતા રસાયણ (ન્યૂરો ટ્રાન્સમીટર).

Noradrenergic (નોરએડ્રેનર્જિક): નોરએડ્રેનાલિન જેવી જ અસર ધરાવતી દવાઓ સંબંધી.

Nucleus (of brain) : મગજની અંદર ચેતાકોષોનું બનેલું કેન્દ્ર.

Occipital lobe (ઓક્સીપીટલ લોબ): મસ્તકના પશ્ચાત્‌ભાગ તરફ આવેલો મગજનો ભાગ. મગજનો પશ્ચાત્‌ખંડ.

Oedema (ઈડીમા): ચામડીની નીચે પ્રવાહી ભરાવાથી થતો સોજો.

Oestrogen (ઈસ્ટ્રોજન): સ્ત્રીઓના અંડાશયમાં પેદા થતો એક અંતઃસ્રાવ

Opiate receptors (ઓપિયેટ રીસેપ્ટર્સ): ઓપિયમને આકર્ષી શકે તેવી, મગજમાં આવેલી ગ્રહિતાઓ.

Ophthalmoplegic migraine (ઓપ્થેલ્મોપ્લેજિક માઈગ્રેન): આંખના ગોળાની આસપાસ આવેલા સ્નાયુઓના લકવા કે નબળાઈમાં પરિણમતો આધાશીશીનો હુમલો.

Orbit (ઓર્બિટ): આંખના ગોળા જેમાં ગોઠવાયેલા છે તે, ખોપરીની આગળના ભાગમાં આવેલી બખોલ.

Osteophyte (ઓસ્ટીયોફાઈટ): હાડકાની અસાધારણ વૃદ્ધિ થવાથી પેદા થતો કાંટા જેવો ભાગ. તે ઘસારાથી પેદા થતા સંધિવા *(osteoarthrosis)* માં જોવા મળે છે.

Palpation (પાલ્પેશન): હાથ વડે સ્પર્શીને કરવામાં આવતું શારીરિક પરીક્ષણ.

Paraesthesia (પેરેસ્થેસિયા) : ચામડીની અંદર પેદા થતું અસાધારણ સંવેદન, જેમાં દર્દી "ખાલી ચઢવાની" ટાંકણી કે સોયો ભોંકાતી" હોવાની ફરિયાદ કરે છે.

Parenchyma (પેરેન્કાઈમા): કોઈપણ અવયવની અંદર તેના કાર્ય સાથે સંકળાયેલી પેશીઓ કે ભાગ.

Paresis (પરેસિસ): કોઈપણ અંગમાં નબળાઈ કે લકવાની સાધારણ અસર.

Parietal lobe (પેરાઈટલ લોબ): મસ્તકનાં બન્ને પડખાંની પાછળ આવેલો મગજનો ભાગ, જે શરીરમાંથી આવતી વિવિધ સંવેદનાઓ ઝીલે છે. પાર્શ્વિક ખંડ.

Pathology (પેથોલોજી): રોગને કારણે શરીરના કોઈપણ ભાગની રચના કે કાર્યમાં પેદા થતો વિકાર.

Pathophysiology (પેથોફીઝીયોલોજી): રોગને કારણે શરીરના કોઈપણ અવયવમાં પેદા થતા રચના અને કાર્યવિકારનો અભ્યાસ કરવો તે.

Peptide (પેપ્ટાઈડ): ચેતાતંત્રમાં સંવેદનાઓના વહન સાથે સંકળાયેલા એક પ્રકારના ચેતાવાહક રસાયણ.

Percepter (પર્સેપ્ટર): સંવેદનગ્રાહી અવયવ.

Periaqueductal canal (પેરીએક્વીડકટલ કેનલ): મગજની અંદર એક્વીડક્ટ નામની નળીની આસપાસ આવેલો રાખોડી રંગનો ભાગ.

Pericranium (પેરીક્રેનિયમ): મસ્તકની આસપાસનું.

Periosteum (પેરિયોસ્ટીયમ): અસ્થિની આસપાસ આવેલું આવરણ.

Pharyrgeal (ફેરીન્જીયલ): મોંની પાછળના ભાગમાં આવેલા સમપથને લગતું.

Pharynx (ફેરીન્ક્સ): મોંની પાછળના ભાગમાં આવેલું પોલાણ. સમપથ.

Photophobia (ફોટોફોબિયા): પ્રકાશ સહન ન થઈ શકે તે.

Pia arachnoid matter (પાયા એરેક્નોઈડ મેટર): મગજ અને કરોડરજ્જુની આસપાસ આવેલું મધ્ય અને આંતરિક આવરણ.

Pia matter (પાયા મેટર): મગજ અને કરોડરજ્જુની ફરતે આવેલું, રક્તવાહિનીઓનું બનેલું આંતરિક આવરણ.

Pinna (પિના): કાનની બૂટ.

Polypeptides (પોલીપેપ્ટાઈડ્સ): પ્રોટીનનાં બનેલાં રાસાયણિક સંવેદનાવાહકો.

Pons (પોન્સ): મગજના જુદા જુદા ભાગોને જોડતો ભાગ. મજ્જા સેતુ.

Pressure algometer (પ્રેશર આલ્ગોમીટર) : સંકુચન દરમિયાન સ્નાયુઓમાં પેદા થતી તાણ માપવા માટે વપરાતું સાધન.

Prodromal symptoms (પ્રોડ્રોમલ સીમ્પ્ટમ્સ): કોઈપણ બીમારીની શરૂઆત અગાઉ પૂર્વચિહ્ન તરીકે જોવા મળતાં લક્ષણો. એ જ રીતે બીમારી પૂરી થયા પછી પશ્ચાત્ચિહ્નો ***(Postdrome)*** જોવા મળે છે.

Proprioceptor (પ્રોપ્રિયોસેપ્ટર): સ્નાયુઓ અને સાંધાની અંદર આવેલા સંવેદના ગ્રાહકો.

Proximal (પ્રોક્સીમલ): નજીકનું . શરીરના કેન્દ્ર તરફનું.

Psychosomatic (સાયકોસોમેટિક) : કોઈ માનસિક કારણ કે મનોભારને લીધે શરીરના, અન્ય રીતે સંપૂર્ણ તંદુરસ્ત હોય તેવા, ભાગમાં જોવા મળતાં શારીરિક ચિહ્નો. મનોદૈહિક વ્યાધિ કે ચિહ્નો.

Psychotherapy (સાયકોથેરાપી): મનોચિકિત્સા. તેમાં, દવાઓ સિવાયની, જૂથ ચિકિત્સા, સૂચન, હીપ્નોસિસ, મનોપૃથક્કરણ ઈત્યાદિ પદ્ધતિઓ અજમાવવામાં આવે છે.

Psychotropic drugs (સાયકોટ્રોપિક ડ્રગ્સ) : માનસિક વ્યાધિઓની સારવારમાં વપરાતી દવાઓ.

Ptosis (ટોસિસ): લકવા અથવા સ્નાયુઓની નબળાઈને કારણે આંખની ઉપલી પાંપણો ઢળી પડવી તે.

Pulsatile (પલ્સેટાઈલ): લપકારા મારતું.

Pus (પસ): દાહ *(intlammation)* ની પ્રતિક્રિયાને કારણે પેદા થતું પ્રવાહી. પરુ.

Pustulation (પશ્ચ્યુલેશન): પરુ ધરાવતું ગૂમડું થવું તે.

Raphe magnus (રાફે મેગ્નસ): લંબમજ્જામાં ચેતાકોષોનો બનેલો એક વિશિષ્ટ ભાગ જે જાળીયુક્ત રચના ધરાવે છે.

Receptors (રીસેપ્ટર્સ): ચેતાતંતુઓના છેડા જે સંવેદનોની આપલે કરી શકે છે.

Reticular nuclei (રેટીક્યુલર ન્યુક્લિઆઈ): જાળીયુક્ત ન્યષ્ટિઓ. લંબમજ્જાની અંદર જાળીયુક્ત રચના ધરાવતો ચેતાકોષોનો બનેલો ભાગ.

Reticular (રેટિક્યુલર): જાળીયુક્ત રચના ધરાવતું.

Rhinorrhoea (રાઈનોરિયા): નાકમાંથી પ્રવાહી વહેવું તે.

Scotomatous (સ્કોટોમેટસ): દૃષ્ટિક્ષેત્રમાં દૃષ્ટિ વિકારને કારણે જુદા જુદા કદના દૃષ્ટિહીન ડાઘ દેખાય તે. "અંધ બિન્દુઓ"

Serotonin (સીરોટોનિન): એક પ્રકારનું સંવેદનાવાહક રસાયણ.

Serotonergic (Pathways) (સીરોટોનર્જીક- પાથવે) : સીરોટોનિન રસાયણના માધ્યમ દ્વારા સંવેદનોનું વહન કરનારી ચેતાઓ.

Sinus (સાઈનસ): નાકની આસપાસ આવેલાં અસ્થિપોલાણો. અશુદ્ધ લોહીનું વહન કરનારી શિરાઓના મોટાં પોલાણો પણ sinus - શિરાકોતર - તરીકે ઓળખાય છે.

Somatic (સોમેટિક): શરીરના બાહ્ય ભાગોને લગતું. કાયી.

Sonophobia : અવાજ સહન ન થવો તે.

Sino-reticulo-thalamic system : કરોડરજ્જુમાંથી મગજના સ્કંદ *(brain stem)* નામથી ઓળખાતા ભાગમાં જાળીયુક્ત રચનામાં થઈ ચેતક (થેલેમસ) સુધી સંવેદનાઓનું વહન કરનારો ચેતાપથ.

Spondylosis (સ્પોન્ડીલોસિસ): કરોડના મણકાઓમાં પાછલી ઉંમરે ઘસારાને કારણે પેદા થતો એક પ્રકારનો સંધિવા.

Status migranus (સ્ટેટસ માઈગ્રેનસ): આધાશીશીના ઉપરાઉપરી હુમલા, જેમાં વચ્ચે વિરામ વિના એક પછી એક હુમલા આવતા હોય. આનાથી દર્દીને સતત આધાશીશીની પરિસ્થિતિ રહે છે.

Subarachnoid haemorrhage (સબએરેક્નોઈડ હેમરેજ): મગજ અને કરોડરજ્જુની ફરતે આવેલાં એરેક્નોઈડ અને પાયા નામનાં આવરણોની વચ્ચેનાં અવકાશમાં થતો રક્તસ્રાવ.

Subdural haematoma (સબડ્યુરલ હીમેટોમા): મગજ અને કરોડરજ્જુની આસપાસ આવેલાં એરેક્નોઈડ અને ડ્યુરા નામનાં આવરણો વચ્ચેનાં અવકાશમાં થતો રક્તસ્રાવ.

Substance P (સબસ્ટન્સ પી): એક પ્રકારનું સંવેદનાવાહક રસાયણ.

Suppository (સપોઝિટરી): ગુદા, મૂત્રમાર્ગ અથવા યોનિ માર્ગથી મૂકવામાં આવતી દવા.

Synapse (સાઈનેપ્સ): બે ચેતાકોષો અથવા એક ચેતાતંતુના છેડા સાથે અન્ય ચેતાકોષનું જોડાણ.

Temporo-mandibular joint (ટેમ્પોરો-મેન્ડિબ્યુલર જોઈન્ટ): નીચલા જડબા અને ખોપરીના ટેમ્પોરલ અસ્થિ વચ્ચેનો સાંધો. નીચલા જડબાનું હલનચલન આ સાંધા ઉપર સંભવે છે. જડબાંનો સાંધો.

Temporal lobe (ટેમ્પોરલ લોબ): મગજનો પડખે આવેલો ભાગ. શંખ ખંડ.

Tentorium (ટેન્ટોરિયમ): મગજના બે અર્ધગોળાર્ધો અને અન્ય ભાગોને એકબીજાથી છૂટા પાડતું તંતુમય પેશીનું બનેલું જાડું આવરણ.

Thalamo cortical fibres (થેલેમોકોર્ટિકલ ફાઈબર્સ): ચેતક (થેલેમસ) ને મગજના કવચ

ભાગ *(cerebral cortex)* સાથે જોડતાં ચેતાતંતુઓ.

Thalamus (થેલેમસ): મગજની ત્રીજી ગુહા *(third ventricle)* ની આસપાસ આવેલો ચેતાકોષોનો બનેલો રાખોડી રંગનો ભાગ. તે શરીરમાંથી આવતી સંવેદનાઓનું વિરામસ્થાન છે. ચેતક.

Thrombosis (થ્રોમ્બોસિસ): રક્તવાહિનીની અંદર લોહીની ગાંઠ જામી જવાની પ્રક્રિયા. તેનાથી રક્તપ્રવાહમાં અવરોધ પેદા થાય છે.

Tic douloureux (ટિક્ ડૂલોરો): ટ્રાઈજેમિનલ ચેતા દ્વારા આવરી લેવાયેલા વિસ્તારમાં તીવ્ર પીડા ઊપડે તે.

Tinnitus (ટિનિટસ): કાનની અંદર સીટી વાગતી હોય, ગણગણાતી થતી હોય કે ઠપકારા થતા હોય તેવો આપમેળે પેદા થતો અવાજ.

Tonsillar fossa (ટોન્સિલર ફોસા): મુખગુહાની અંદર જ્યાં કાકડા આવેલા છે ભાગ.

Tomography/Computerised tomography (ટોમોગ્રાફી/ કોમ્પ્યુટરાઈઝ્ડ ટોમોગ્રાફી) : શરીર કે તેનાં કોઈ અવયવના આડા છેદના કોમ્પ્યુટરની મદદથી લેવામાં આવેલા એક્સ-રે. તેમાં શરીરના અવયવના આંતરિક ભાગને પણ એક્સ-રે દ્વારા આલેખાત્મક રીતે જોઈ શકાય છે.

Trigeminal nerve (ટ્રાઈજેમિનલ નર્વ): પાંચમી કરોટીય *(cranial)* ચેતા, તે આંખ, ઉપલાં જડબાં અને નીચલાં જડબાં એમ ત્રણ પ્રદેશમાં ફેલાતી હોવાથી ત્રિશાખા ચેતા કહેવાય છે.

Tuberculoma (ટ્યુબરક્યુલોમા) : ક્ષયના ચેપને લીધે પેદા થતી ગાંઠ.

Vagus (વેગસ): દસમી કરોટીય ચેતા જે અનેક આંતરિક અવયવોને સંવેદન પૂરાં પાડે છે. ભ્રમણી ચેતા.

Vasoconstriction (વાસોકોન્સ્ટ્રીક્શન): રક્તવાહિનીઓનું સંકોચન.

Vascular (વાસ્ક્યુલર): રક્તવાહિનીઓને લગતું.

Vascular system (વાસ્ક્યુલર સીસ્ટમ): ધમનીઓ, શિરાઓ અને કેશવાહિનીઓનું બનેલું રક્તવાહિનીતંત્ર.

Vertex (વર્ટેક્સ): મસ્તકનો ટોચનો ભાગ.

Ventricle (વન્ટ્રીકલ): મગજની અંદર આવેલી ગુહાઓ. તેની સંખ્યા ચાર છે અને તેમાં થઈ મસ્તિષ્ક જળ *(cerebro spinal fluid)* વહે છે. હૃદયની અંદર પણ નીચલા બે ખાનાં વેન્ટ્રીકલ્સ (ગુજરાતી-ક્ષેપક) તરીકે જ ઓળખાય છે.

Vesicle (વેસિકલ): પોલાણ ધરાવતું નાનકડું અવયવ.

Vesiculate (વેસિક્યુલેટ): ઉપર વર્ણવેલા *Vesicle*ની નું બનેલું.

Viscera (વિસેરા): શરીરના આંતરિક અવયવો.